

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

PAPILLOMES DES FOSSES NASALES

Par **F. CHAVANNE**

Médecin de la clinique oto rhino-laryngologique de l'hôpital
Saint-Joseph (de Lyon).

I. HISTORIQUE. — Toute la course, sur le turf, se ressent d'un mauvais départ. Il en est souvent ainsi dans le champ des connaissances humaines : les papillomes des fosses nasales ne font pas exception à cette loi générale.

Dédaignés longtemps par les traités de pathologie, ils ne firent leur entrée dans le monde scientifique qu'en 1876, présentés par Michel (1), de Cologne : c'était une série de petites tumeurs minces et bosselées en chou-fleur, siégeant sur l'extrémité antérieure du cornet inférieur gauche, sur la partie correspondante du plancher et de la cloison. Ce signalement, il faut le reconnaître, était un peu insuffisant pour rendre indiscutable la race de ces nouvelles venues.

Quelques années plus tard (1882), Zuckerkandl (2) constatait d'ailleurs la rareté de ces tumeurs dont il n'avait vu qu'un exemple, au niveau du cornet inférieur droit, au cours de ses recherches anatomiques.

Hopmann (3) (1883) se trouvait donc en présence d'une question toute neuve, à 2 cas près, quand il publia une première statistique. Les cent observations de tumeurs intra-nasales qu'elle

(1) MICHEL. — *Die Krankheiten der Nasenhäle*, Berlin, 1876.

(2) ZUCKERKANDL. — *Anatomie normale et pathologique des fosses nasales*, trad. Lichtwiz et Garnault, Masson, 1895.

(3) HOPMANN. — « Die Papillaeren Geschwülste der Nasenschleimhaut » (*Virchow's Archiv.*, 1883, page 243).

comportait, se répartissaient en soixante-seize polypes muqueux, dix tumeurs dures et lisses (fibromes, fibro-sarcomes, tumeurs télangiectasiques), quatorze papillomes (ce dernier chiffre devait être porté à trente-huit deux ans plus tard). Parallèlement, Lefferts (¹) (1882) avait signalé 5 cas de tumeurs papillomateuses de la cloison chez des femmes de 15 à 23 ans, et Schaeffer relevait vingt-huit papillomes sur cent quatre-vingt-deux polypes du nez. Cette notion nouvelle de la fréquence relative des papillomes du nez devait sembler d'autant plus réelle qu'Hopmann avait une connaissance fort nette de la dégénérescence polypoïde de la muqueuse nasale. Malgré cela, nous le voyons se contenter de différencier le papillome du polype par son siège presque exclusif sur le cornet inférieur, par sa provenance de proliférations vasculaires et cellulaires et surtout d'ectasie glandulaire. Soulignant davantage encore l'extension qu'il donne à la dénomination de papillome, il distingue deux classes de ces tumeurs : 1^o les papillomes mous, susceptibles d'être, d'après la prédominance de tel ou tel de leurs éléments constitutifs, des adénomes, des angiomes, des fibrosarcomes papillaires ; 2^o les papillomes durs (epithelioma papillaire) riches en épithélium, pauvres en tissu conjonctif. En un mot, il réunit dans une même classe et sous le même nom des tumeurs ou de simples proliférations papillaires et des papillomes vrais. Et comme il n'est rien de tel, pour intéresser, que l'exagération ou l'erreur, les papillomes des fosses nasales se trouvèrent lancés.

Dès lors, les traités en parlent : Cornil et Ranvier (²) (1883) décrivent l'examen microscopique d'un cas de Tillaux ; Gossein (³) (1885) les mentionne, Moure (⁴) (1886) leur réserve un chapitre ; Morell-Mackenzie (⁵) (1887) dit en avoir observé 5 cas, Moldenhauer (⁶) (1888) déclare en avoir vu de fort belle

(¹) LEFFERTS. — *Monatsschrift für Ohr.*, 1882, n° 9.

(²) CORNIL et RANVIER. — *Manuel d'histologie pathologique*.

(³) GOSSEIN. — *Encyclopédie de chirurgie*, 1885.

(⁴) MOURE. — *Maladie des fosses nasales*.

(⁵) MORELL-MACKENZIE. — *Traité des maladies des fosses nasales*, trad. Moure et Charazac.

(⁶) MOLDENHAUER. — *Traité des maladies des fosses nasales*, trad. Pottiquet).

taille, Voltolini (1) (1888) rappelle les travaux d'Hopmann.

Les revues, de leur côté, publient des observations. Aysaguer (2) (1885) rapporte deux exemples « de papillome vrai, non de papillome combiné d'adénome, d'angiome ou de sarcome ». Le premier, prenant naissance sur le cornet inférieur, le plancher, la cloison, remplissait presque toute la cavité nasale gauche d'une femme de 35 ans ; la seconde malade, une femme de 38 ans, avait sur le tiers antérieur du plancher de la fosse nasale gauche deux tumeurs du volume d'un haricot.

Chiari (3) (1886) raconte l'histoire d'un homme de 67 ans présentant depuis six ans de l'obstruction nasale progressive ; il existait, sur la face inférieure des deux cornets inférieurs, une tumeur papillaire grise presque transparente ; sur la portion antérieure droite de la cloison se trouvait une végétation grosse comme une lentille et de même aspect que les tumeurs des cornets. Après l'ablation à l'anse froide, le microscope montra des papillomes d'Hopmann à nombreuses glandes et à vaisseaux ectasiés.

Iato (4) (1886) guérit un papillome de la peau du nez par la résorcine.

Verneuil (5) (1886) publie une observation de tumeurs papillaires obstruant toute la cavité nasale droite d'un homme de 42 ans sans provoquer ni douleurs ni adénopathie. Trois mois après une première intervention, le sinus maxillaire était compris dans la récidive ; l'extension de la tumeur nécessitait la résection de la paroi antérieure de l'antre, de la branche montante du maxillaire et du rebord inférieur de l'orbite. Deux ans plus tard, une nouvelle récidive était constatée, mais l'on devait, cette fois, se contenter de cautérisations.

(1) VOLTOLINI. — *Die Krankheiten der Nase und des Naserachenraumes*, p. 278.

(2) AYSAGUER. — « Papillomes des fosses nasales » (*Ann. des mal. de l'oreille*, nov. 1885).

(3) CHIARI. — « Des néoplasmes de la cloison des fosses nasales » (*Revue de l'ar.*, 1886, p. 121).

(4) IATO. — « Papillome de la peau du nez » (*Gli Incurabili*, n° 7, 15 mars 1886).

(5) VERNEUIL. — « Papillome de la fosse nasale droite » (*Bull. et mém. de la soc. de chirurgie de Paris*, p. 658).

Cozzolino (¹) (1887) communique un cas de papillome de la fosse nasale droite.

Gourraud (²) (1887) rapporte un fait de petits papillomes du naso-pharynx.

Gomperz (³) (1889) signale un papillome du volume d'un œuf de poule.

Solis-Cohen (⁴) enfin (1889) publie un cas de papillome probable de la cloison coexistant avec une tumeur analogue du larynx.

Toutes ces observations, on le voit, sont assez disparates et quelques-unes profitent largement de la facilité offerte par Hopmann de faire rentrer dans la classe des papillomes des productions papillomateuses. Pourtant une réaction s'était opérée déjà quand Noquet (⁵) (1889) releva l'erreur initiale d'Hopmann à propos d'un cas personnel. Il s'agissait d'un homme de 37 ans, ayant depuis plusieurs mois de l'obstruction nasale droite et de fréquentes épistaxis du même côté. La rhinoscopie antérieure montrait, à moins de 2 centimètres de l'ouverture de la narine, une tumeur rouge sombre ayant l'aspect et le volume d'une mûre ; elle était molle, mobile, saignait facilement sous le stylet et s'insérait sur le plancher par un pédicule central très mince. Pas d'autres symptômes physiques ou fonctionnels.

Au microscope, la tumeur se révéla comme un « papillome rappelant davantage le papillome muqueux que le papillome corné et très comparable au papillome en chou-fleur, à développement rapide, des organes génitaux ». Elle était formée d'une série de bourgeons sur lesquels venaient s'enter d'autres bourgeons plus petits.

(¹) COZZOLINO. — *Rivista clin. e terap.*, n° 2, février 1887.

(²) GOURRAUD. — « Papillome du pharynx nasal. Végétations adénoides » (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 juin 1887).

(³) GOMPERZ. — *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde*, n° 2, 1889, p. 25.

(⁴) SOLIS-COHEN. — « Un cas de fixation de la corde vocale gauche sur la ligne médiane dû à un petit néoplasme » (*Revue de lar.*, 1889, p. 151.)

(⁵) NOQUET. — « Papillome de la fosse nasale droite » (*Revue de lar.*, 1^{er} juill. 1889, p. 369).

Ce fut alors, à la Société française d'otologie (¹), un concert unanime pour proclamer la très grande rareté des vrais papillomes : Ruault, Chatellier, Moure en étaient même si convaincus qu'ils refusaient presque à la tumeur de Noquet, pourtant examinée au microscope par Lemoine, le droit de cité papillomateuse. Intransigeance bien naturelle après tant d'anarchie. Elle s'expliquait d'ailleurs non seulement par l'abus fait du mot papillome, mais encore par les fréquents démentis donnés à la clinique par l'anatomie pathologique.

Lacoarret (²), qui de son côté venait de reprendre la question, mettait bien en évidence ces décevantes contradictions et rapportait à ce propos deux observations. La première, due à Moure, concernait une femme de 48 ans, atteinte depuis plusieurs années de coryzas répétés et présentant de l'asthme réflexe d'origine nasale. La fosse nasale droite était le siège d'un catarrhe purulent avec gonflement de la muqueuse du cornet inférieur. A gauche, une production mûriforme, gris rosé, irrégulière, de la grosseur d'une cerise, s'insérait par un pédicule relativement étroit sur le tiers antérieur du cornet inférieur : c'était une tumeur en chou-fleur, où chaque tubercule était séparé de son voisin par un sillon profond. « Je pensai à un papillome, dit Moure, c'était le cas ou jamais ». Or, l'examen microscopique montra les bourgeons constitués par du tissu muqueux assez dense, semé de vaisseaux présentant parfois des dilatations ampullaires ; ils étaient recouverts par un épithélium cylindrique à cils vibratiles se continuant sans interruption dans les dépressions, et ayant au-dessous de lui quelques trainées de cellules embryonnaires. La base de la tumeur était formée de tissu muqueux, avec de rares faisceaux de tissu conjonctif à sa partie profonde. Le deuxième cas était relatif à un homme de 46 ans, ayant depuis longtemps de l'obstruction nasale. A la rhinoscopie, on voyait à gauche une hypertrophie polypoïde de la partie antérieure du cornet moyen et une hypertrophie papillomateuse des deux tiers an-

(¹) Compte-rendu de la Société fr. d'otol. (*Revue de l'ar.*, 1^{er} juillet 1889, p. 386).

(²) LACOARRET. — Contribution à l'étude des fosses nasales (*Revue de l'ar.*, 1^{er} et 15 septembre et 1^{er} octobre 1889, p. 497, 529 et 573.)

térieurs du cornet inférieur ; à droite, le cornet moyen était en voie de dégénérescence polypoïde ; le cornet inférieur était envahi sur toute sa longueur par des productions papillaires pédiculisées, de coloration rosée, de consistance assez ferme. Le diagnostic microscopique fut sensiblement identique à celui de l'observation précédente.

A ces documents, Robert (¹) (1889) joignit bientôt un cas de Mourre, de dégénérescence d'aspect papillomateux des cornets inférieurs.

Tous les papillomes du reste traversaient également une crise. « On a décris sous ce nom, disait Quénau (²), les affections les plus diverses ayant ce caractère commun, l'hypertrophie papillaire, mais bien de cause et de nature différentes. On y range des condylomes à côté des tubercules anatomiques, des cors et des verrues ! Pour nous, ajoutait-il, le papillome n'a rien à faire avec les néoplasmes, il n'est qu'une lésion banale occasionnée par une irritation du derme, tantôt simple, tantôt de nature septique ou virulente, parasitaire ou non. » Quant aux papillomes des fosses nasales, Gérard-Marchand (³), sans être aussi catégorique, se demandait s'il devait les décrire comme de véritables tumeurs, des papillomes vrais, ou les tenir pour de simples végétations, pour de l'hypertrophie papillaire.

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Pour éviter tant d'incertitudes, il eût suffi de se résoudre à n'avoir qu'une classe de papillomes, les vrais, et à renvoyer à leurs cadres respectifs les productions à aspect plus ou moins papillaire. Il ne s'agit pas là d'une entité vague ; le jugement microscopique sera en quelque sorte mathématique : il est basé sur l'existence ou l'absence des caractères constants du papillome. Doit-on, à l'exemple de Quénau (⁴), exclure celui-ci de la grande famille des néoplasmes ? Il ne semble pas. En effet, une tumeur est

(¹) ROBERT. — « Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales » (*Th.* de Bordeaux, 1889).

(²) QUÉNAU. — *Traité de chirurgie Duplay et Reclus*, t. I, p. 352.

(³) GÉRARD-MARCHAND. — *Traité de chirurgie, Duplay et Reclus*, t. IV, p. 880.

(⁴) QUÉNAU. — *Loc. cit.*

« une production pathologique tissulaire, de cause encore indéterminée, où prédomine un processus formatif plus ou moins localisé, n'aboutissant jamais à la guérison et ayant, au contraire, de la tendance à l'accroissement par autonomie si la tumeur est bénigne, par extension et souvent par généralisation lorsqu'elle est maligne » (1). Le papillome est donc une tumeur.

On sait que les tumeurs non destructives et d'évolution lente déterminent, en proportions naturellement très variables, une hyperproduction de tous les éléments constituants du tissu ou de l'organe affecté. L'exubérance des papilles vaut à celles qui nous occupent le nom de papillomes ; mais cet état scléreux s'accompagne d'une production « considérablement et irrégulièrement augmentée de l'épithélium malpighien, qui offre à sa superficie une exfoliation abondante, et de sclérose du tissu intermusculaire (2) ». Comme le fait remarquer Tripier, on ne peut, sans manquer à la logique, assimiler avec Virchow un semblable état à un fibrome, car il ne s'agit pas d'une tumeur du tissu fibreux ou de l'épithélium, mais bien du tissu épithelial.

La production de papillomes dans la portion cutanée des fosses nasales et à son voisinage immédiat n'a rien qui doive surprendre : on comprend également leur existence dans le territoire naso-pharyngien le plus rapproché du pharynx buccal. Mais pour les régions revêtues normalement d'épithélium cylindrique, cette éventualité est plus intéressante : longtemps, en effet, on avait admis qu'elle était réservée aux seules muqueuses à papilles. Billroth (3), le premier, observa la transformation de l'épithélium vibratile de la pituitaire en épithélium pavimenteux chez un jeune homme dont la lèvre supérieure et la cloison avaient été détruites par un noma ; la muqueuse des parties antérieures du septum et des deux cornets inférieurs présentait un épithélium pavimenteux et un

(1) TRUPIER. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, p. 672.

(2) TRUPIER. — *Idem*, p. 726.

(3) BILLROTH. — *Metamorphose des Epithels der freigelegten Nasenschleimhaut*, 1855.

épithélium de transition sans cils vibratiles. Cette métaplasie peut se produire sous l'action d'un grand nombre d'irritations externes, mécaniques ou chimiques, ou internes, inflammatoires ; on l'a signalée dans l'ozène (Schuchardt⁽¹⁾, etc.) ; on l'observe à la surface de fibromes, de polypes, etc.

Ainsi *le papillome est une tumeur nettement distincte des autres néoplasmes et des simples hypertrophies papillaires* ; *il peut se rencontrer sur toute l'étendue des fosses nasales*. L'analyse des observations publiées va nous montrer comment il s'y comporte.

III. OBSERVATIONS. — Nous reprendrons le défilé documentaire au point où nous l'avons laissé dans notre historique. On est frappé dès l'abord de l'abandon de plus en plus général des idées d'Hopmann. Bosworth⁽²⁾ dit n'avoir observé qu'un seul cas « probable » de papillome des fosses nasales ; Moure⁽³⁾, Garel⁽⁴⁾, Zarniko⁽⁵⁾, M. Schmidt⁽⁶⁾, Botev en constatent la rareté ; en Amérique, la campagne commencée en France par Noquet et Lacoarret est énergiquement menée par Wright. Déjà l'élimination de quelques cas erronés ou par trop incertains se fait au sein même des sociétés scientifiques. C'est sans y insister qu'Heymann⁽⁷⁾ présentera une malade ayant sur le côté droit de la cloison de nombreuses proéminences bosselées, d'aspect papillomateux.

Sandford⁽⁸⁾ avait observé chez un homme de 41 ans une obstruction complète des deux fosses nasales, datant de trois ou quatre ans, accompagnée d'épistaxis alarmantes du côté droit. La rhinoscopie montrait à droite une masse papillomateuse reliée au cornet inférieur et faisant issue hors de la na-

⁽¹⁾ SCHUCHARDT. — « Ueber das Wesen der Ozaena » (*Volkmannsche Samml. klin. Vortraege*, n° 340).

⁽²⁾ BOSWORTH. — *Diseases of the Nose and Throat*, vol. I, p. 422.

⁽³⁾ MOURE. — *Mal. des fosses nasales*, p. 420.

⁽⁴⁾ GAREL. — *Diagnostic et trait. des mal. du nez*, p. 205.

⁽⁵⁾ ZARNIKO. — *Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens*, 1905, 2 Hälften, p. 526 et 721.

⁽⁶⁾ M. SCHMIDT. — *Die Krankheiten der Oberen Luftwege*, p. 647.

⁽⁷⁾ HEYMAN. — *Soc. de laryng. de Berlin*, 18 janvier 1895.

⁽⁸⁾ SANDFORD. — « A case of papilloma pathological specimen from inferior Turbinal » (*Soc. Brit. de lar.*, 10 mars 1893).

rine ; à gauche, on constatait, en même temps que des polypes, de l'hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur. Au microscope, on voyait un énorme développement des éléments cellulaires et vasculaires. Le caractère de papillome fut refusé à cette tumeur par Wingrave qui, ayant observé un cas presque analogue, croyait à un angiome ou à une varice avec dégénérescence mucoïde de la paroi muqueuse.

Spicer (1) vit Symonds qualifier de lupus ses préparations provenant de tumeurs de la narine et de la gencive d'une jeune fille de 12 ans ; elles récidivaient depuis cinq ans malgré l'ablation et la cautérisation.

Nous croyons pouvoir éliminer de même :

1^o La tumeur kystique de Dunn (2), citée par quelques auteurs comme un papillome.

2^o Le papillome diffus de Hunter Mackenzie (3), qui semble bien rentrer dans les papillomes mous d'Hopmann. Il s'agissait d'un homme de 30 ans, souffrant d'obstruction nasale et ayant subi, neuf ans auparavant, des cautérisations des deux fosses nasales pour hypertrophie de la muqueuse. De nombreuses tumeurs sessiles, formées de granulations multiples, ayant le volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de riz, occupaient les deux narines et les fosses nasales, où elles abondaient surtout à la région supérieure.

3^o Le cas de Reale (4) : la tumeur, siégeant sur le vestibule droit, ressemblait à un condylome acuminé ; quelques mois auparavant, le malade avait eu un condylome des régions génitales, et l'auteur croit lui-même à la possibilité d'une inoculation.

4^o La tumeur papillomateuse de Schröetter (5) : elle se trou-

(1) SPICER. — « Papillomata of nostril and gum » (*Soc. lar. de Londres*, 10 mai 1893).

(2) DUNN. — *In Shurly a treatise on diseases of the nose and throat*.

(3) H. MACKENZIE. — « A case of diffuse papillomatous degeneration of the nasal mucous membrane » (*The Lancet*, no 7, 15 août 1896).

(4) REALE. — « Sur un cas de papillome de la région vestibulaire du nez » (*Archiv. ital. di lar.*, 2 avril 1900).

(5) SCHROETTER. — *Rhino-laryngologische Mittheilungen (Monats-schrift für Ohr.*, 1901, p. 417).

vait dans la fosse nasale gauche d'un homme de 46 ans, déterminait des hémorragies profondément anémiantes et récidivait après son ablation. Schröetter pensait à un point de départ sphénoïdal et à une production maligne, mais l'intervention chirurgicale fut refusée par l'intéressé.

Les observations de papillomes des fosses nasales que nous allons maintenant passer en revue, peuvent être réparties en trois groupes :

1^o Les papillomes des narines et de l'extrémité antérieure des fosses nasales ;

2^o Les papillomes du naso-pharynx et de l'orifice postérieur des fosses nasales ;

3^o Les papillomes du trajet moyen des fosses nasales et des sinus.

I

PAPILLOMES DES NARINES ET DE L'EXTRÉMITÉ ANTÉRIEURE DES FOSSES NASALES

Wright (¹) n'a vu qu'un cas de vrai papillome sur plusieurs centaines d'affections nasales.

Mulhall (²) a observé un cas.

Garel (³).— Homme de 33 ans, mouchant du sang presque tous les jours du côté droit depuis l'âge de 12 ans. Tumeur papillomateuse occupant la partie antéro-inférieure de la cloison, en face de l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Ablation à l'ause chaude. La petite tumeur est grosse comme une lentille après durcissement et présente l'aspect mûriforme, villeux, des papillomes plongés dans l'alcool. Au microscope, papillome typique se composant de cellules épidermiques formant des bourgeons très serrés, séparés par un stroma très petit.

Au sein de ce stroma, qui ne se présente que sous forme de

(¹) WRIGHT. — *Soc. de lar. d'Amérique*, 22 septembre 1891.

(²) MULHALL. — *Idem*.

(³) GAREL. — « Obs. I, in Maraspini, papillomes du nez » (*Thèse de Lyon*, 1902, p. 35).

boyaux allongés et très amincis de tissu conjonctif, il y a de nombreux vaisseaux remplis de globules rouges. Les cellules épidermiques sont disposées en séries radiées ; elles sont polyédriques par pression réciproque ; à mesure qu'on se rapproche de la surface, on les voit s'allonger et leurs noyaux s'aplatis progressivement. La zone d'éléidine n'est pas visible.

De Santi⁽¹⁾. — Homme de 82 ans, présentant : sur la peau du côté droit du nez une ulcération indolore mais provoquant des déman-geaisons, dans la narine gauche une tumeur pyriforme légèrement saillante en dehors, non ulcérée. Cette dernière est mobile, ressemble à un petit chou-fleur et s'insère sur la cloison par un pédicule. Elle est rosée à l'intérieur de la fosse nasale et noirâtre à l'extérieur. Ablation avec des ciseaux et cautérisation du point d'implantation ; excision de l'ulcère.

Baber⁽²⁾. — Homme de 36 ans ayant eu deux ans auparavant une tumeur de la paroi inférieure de la narine gauche : après son ablation on reconnaît au microscope que c'était un papillome. Deux mois après, petite papille sur le plancher ; cinq mois plus tard, tumeur mûriforme saillante dans le vestibule, fixée par une large base sur le plancher et la cloison. Au microscope, hyperplasie sans élément malin. Le malade a sur la tête une verrue qu'il gratté ; il a pu s'inoculer. Ablation au couteau et à la cuvette, cautérisation au galvano. En arrière de cette tumeur s'en trouvait une deuxième. Pas de récidive sept mois après.

Weill⁽³⁾. — Femme de 67 ans. Papillome de la cloison de la grosseur d'une noisette, augmentant lentement depuis un an ; rouge vif, assez dur, indolore, en forme de grappe, il est fixé par un pédicule de 2 millimètres d'épaisseur à la partie antéro-supérieure de la cloison ; il saigne sous l'influence du grattage. Au microscope, papilles assez riches en vaisseaux, épithélium pavimenteux très développé ; ni glandes, ni manifestations inflammatoires ; ce n'est qu'au fond des inflexions de la surface que l'on trouve souvent des couches d'épithélium cylindrique.

Zarniko⁽⁴⁾. — Homme de 60 ans. Tumeur remplissant complètement

(1) DE SANTI. — « Papilloma nasi with rodent ulcer in an aged patient » (*Soc. lar. de Londres*, 14 novembre 1894).

(2) BABER. — « Papilloma of the nose » (*Soc. lar. de Londres*, 10 avril 1895).

(3) WEILL. — « Papillome de la cloison du nez » (*Wien. klin. Wo- chens.* n° 34, 1895).

(4) ZARNIKO. — *Demonstrationen* (67^e réunion des natur. et méj. allem., 16 sept. 1895).

ment la narine droite, villeuse, noircie à sa surface par les poussières de l'air et analogue à une brosse sale. Insertion par un mince pédicule un peu en avant de l'extrémité antérieure du cornet inférieur droit. Au microscope, épithélium pavimenteux cornifié et stratifié en plusieurs couches avec forte desquamation de lamelles cornées ; légère charpente de tissu conjonctif. Pas de récidive plus d'un an après l'ablation.

Ripault (1). — Homme de 36 ans, ayant depuis quatre ans de l'obstruction nasale droite. Au dire du malade, il existait, à l'entrée de la narine, un petit bouton qui se serait développé à la suite de grattoages fréquents. Actuellement tumeur gris rosé, mamelonnée, ferme, formée d'un grand nombre de lobes isolés s'insérant les uns sur la partie antérieure de la cloison, les autres sur le plaucher et sur l'aile interne du nez. La tumeur saigne facilement sous le stylet. Ablation à la curette, pas de récidive.

Wright (2). — Femme de 28 ans. Tumeur insérée par un pédicule mince sur la partie la plus élevée de la cloison cartilagineuse.

D'Aguanno (3). — Fillette de 13 ans atteinte d'ozène. Excroissance rosée, sessile, de la grosseur d'une lentille, occupant à peu près le centre de la face interne de l'aile droite du nez, à 6 millimètres de son bord libre. Ablation au bistouri, car la tumeur était très dure ; cautérisation galvanique du point d'implantation. L'auteur croit que cette tumeur était une émanation pure et simple du tissu cutané revêtant le cartilage de l'aile du nez et qu'elle était due à une irritation mécanique ou chimique (la sécrétion ozéneuse).

Borroz (4). — Papillome de la fosse nasale droite vérifié au microscope.

Turner (5). — Homme de 52 ans présentant, avec de l'obstruction nasale bilatérale et des épistaxis, une tuméfaction du côté droit du nez et de la joue correspondante. La gène respiratoire avait commencé à droite trois ans auparavant, après un traumatisme ;

(1) RIPAULT. — « Un cas de papillome confluant des fosses nasales » (*Annales des mal. de l'oreille*, n° 11, 1895).

(2) WRIGHT. — « Fibrome papillaire du septum nasal » (*N.-Y. méd. Journ.*, 14 décembre 1895).

(3) D'AGUANNO. — « Papilloma della faccia interna della prima nasale » (*Arch. ital. di otol.*, n° 1, 1896).

(4) BORROZ — (*Ref. in Journ. of lar.*, vol. XII, p. 123).

(5) TURNER. — « Specimen of papilloma of septum nasi » (*Soc. lar. de Londres*, 9 décembre 1896).

elle avait augmenté deux ans plus tard à la suite d'un nouveau coup sur le nez. Puis était apparue la déformation extérieure, pendant que la narine gauche devenait à son tour moins perméable. Une tumeur molle, semi-fluctuante, faisait saillie hors de la narine droite. A gauche, la cloison était déviée. Rien dans le nasopharynx. Pas d'engorgement ganglionnaire. Dissection de la large base fixant la tumeur à la cloison. L'existence de plusieurs autres petites tumeurs indépendantes et pédiculées conduisit à enlever toute la muqueuse. Pas de récidive trois mois plus tard. La commission de la Société croit, comme l'auteur, à un papillome ; celui-ci, en forme de chou-fleur, mesurait 6 pouces et demi de circonférence.

Arrowsmith (1). — Enfant de 6 ans présentant des épistaxis et de l'obstruction nasale. Tumeur en chou-fleur, de la grosseur d'un bouton de soulier ordinaire, située sensiblement au milieu de la cloison cartilagineuse, dans la fosse nasale gauche. Ablation à l'anse froide, cautérisation du point d'implantation. Papillome au microscope.

Yearsley (2). — Femme de 20 ans, éprouvant depuis trois mois de la douleur du côté de la fosse nasale droite, de la difficulté respiratoire et de légères hémorragies à la suite de frottements, de nettoyages, du moucher. Papillome, constaté au microscope, sur la cloison cartilagineuse, à 3'4 de pouce en dedans du vestibule. Légère rhinite hypertrophique et petit éperon du même côté. Ablation à l'anse froide.

Garel (3). — Femme de 38 ans, atteinte depuis huit ans d'un néoplasme de la narine droite augmentant progressivement et déterminant des épistaxis fréquentes mais peu abondantes. Tumeur large, mûriforme, plutôt dure, à dépression centrale, un peu taillée à l'évidoir, insérée sur la cloison à droite. Ablation à l'anse par parcelles. La surface d'implantation ovaire est large comme une pièce de 50 centimes et donne au stylet l'impression d'une substance cartilagineuse. Le bord est formé par un bourrelet saillant de 1 millimètre d'épaisseur. Le point d'insertion de ce papillome se trouvait très près de la gouttière du dos du nez. Récidive deux ans et demi après.

(1) Arrowsmith. — « A case of true papilloma of the nasal septum » (*The Laryngoscope*, novembre 1897).

(2) Yearsley. — « Papilloma of the septum nasi » (*Soc. lar. Londres*, 13 avril 1898).

(3) Garel. — *Loc. cit.*, obs. 2, p. 36.

Garel⁽¹⁾. — Femme de 26 ans, présentant de l'obstruction nasale partielle occasionnée par une tumeur d'aspect papillaire siégeant à la partie inférieure de la cloison. Ablation à l'anse galvanique. Coexistence d'un papillome de la luette. Pas de récidive trois ans après. Au microscope, papillome du type ectodermique corné sur une infiltration lymphoïde centrale. Quelque temps après, chondrite végétante des deux parties supérieures de la cloison, de nature probablement héréro-syphilitique.

Borgoni⁽²⁾. — Papillome de la fosse nasale gauche.

Douglas⁽³⁾. — Femme de 64 ans, souffrant depuis quatre ans d'obstruction nasale droite partielle permanente. Papillome microscopiquement vérifié, inséré en arrière du tubercule de la cloison par un léger pédoncule et remplissant en partie le méat inférieur.

Mac Kinney⁽⁴⁾. — Homme de 24 ans ayant remarqué depuis six mois, dans sa narine gauche, la présence d'un corps étranger ressemblant à une croûte de mucus ; quelques hémorragies provoquées par le nettoyage de la fosse nasale. Tumeur du volume d'un grain de café à la partie antéro-supérieure de la cloison cartilagineuse, derrière le tubercule. Ablation d'un papillome framboisé rose pâle, dont la nature fut constatée à trois reprises ; cauterisation du point d'implantation ; pas de récidive trois mois après.

Wingrave⁽⁵⁾. — Papillome squameux né sur la cloison à 1/2 pouce en arrière du vestibule et au-dessus du plancher. Le centre en était formé d'un grand nombre de vaisseaux sanguins, à parois très minces se rendant dans les digitations.

Chavanne⁽⁶⁾. — Homme de 45 ans, éprouvant depuis quelques mois de l'obstruction nasale du côté gauche. Cette gène respiratoire augmentait progressivement et s'accompagnait, pendant le moucher et la toilette nasale consécutive, d'épistaxis légères.

(1) GAREL. — *Loc. cit.*, obs. 3, p. 37.

(2) BORGONI. — « Papilloma de la fosse nasale gauche » (*Giorn. ital. di lar.*, n° 1, 1899).

(3) DOUGLAS. — « Papilloma of nasal septum » (*N.-Y. med. Journ.*, 7 janvier 1899).

(4) MAC KINNEY. — « Papilloma of the nasal cavity » (*N.-Y. med. Journ.*, 4 mars 1899).

(5) WINGRAVE. — « Specimen de deux cas récents démontrant les deux principales classes de papillome intranasal » (*Soc. lar. de Londres*, 12 avril 1901).

(6) CHAVANNE. — « Papillomes des fosses nasales » (*Soc. franc. d'otol.*, mai 1907).

La fréquence de celles-ci était encore accrue par des grattages, car le malade, ayant senti une tumeur en introduisant le doigt dans sa narine, répétait souvent cette constatation qui le préoccupait vivement. Aucune cause connue, ni mécanique, ni inflammatoire. Pas de rhinite concomitante. En relevant le lobule, on apercevait à gauche une masse multilobée, mûriforme, rouge sombre, de la grosseur d'une petite noisette, de consistance serruqueuse. L'exploration au stylet déterminait une faible hémorragie ; elle permettait de reconnaître l'existence d'un fin pédicule reliant la tumeur au plancher, tout près de la cloison, à 1 centimètre et demi de l'extrémité antéro-inférieure de l'orifice narinal. Pas d'hypertrophie des cornets, ni de dégénérescence de la muqueuse. Fosse nasale droite et naso-pharynx normaux. La tumeur, enlevée à l'anse froide, fut examinée au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Lyon, où M. le Prof. agrégé Paviot diagnostiqua un papillome vrai. Pas de récidive un an après.

II

PAPILLOME DU NASO-PHARYNX ET DE L'ORIFICE POSTÉRIEUR DES FOSSES NASALES

Jurasz ⁽¹⁾. — Jeune homme de 13 ans, atteint depuis deux ans d'obstruction nasale et d'asthme. Polype du nez à droite. Dans le naso-pharynx, tumeur lisse, dure, pédiculée, constituée par deux lobes ayant l'un 3 centimètres de long, 1 1/4 de large, l'autre 1 1/4 de long, 2 de large. Ablation à l'anse galvanique. Guérison.

Sendziak ⁽²⁾. — Homme de 53 ans ayant des éternuements, de l'obstruction nasale, des polypes du nez des deux côtés et de l'otorrhée droite. Dans le naso-pharynx, tumeur pâle, molle, de 6 centimètres de long, 3 de diamètre transversal, 2 1/2 d'épaisseur, s'insérant à l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche et sur la partie voisine du vomer. Sa surface offrait les caractères du papillome, son centre était occupé par un noyau constitué par du fibrome mou.

(1) JURASZ — *Die Krankheiten der oberen Luftwege*, 1892.

(2) SENDZIAK. — « Papillome du naso-pharynx » (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, Bd. 28, p. 183).

Hill (1). — Tumeurs mûriformes du bord postérieur du vomer.

Newmann (2). — Tumeur du naso-pharynx rencontrée chez un jeune homme et ayant le volume d'un œuf de poule.

Schroetter (3). — Femme de 27 ans souffrant depuis un an d'obstruction nasale. Une tumeur lobulée, pesant 35 grammes environ, remplissait la fosse nasale droite et déterminait une tuméfaction du côté droit du nez en même temps qu'une forte déviation du septum à gauche. La choane droite était deux fois plus large que la gauche. L'ablation, très facile en raison d'une nécrose du pédicule par compression, fut suivie d'une hémorragie violente, qui nécessita un tamponnement postérieur ; guérison ultérieure rapide. La tumeur siégeait à l'extrémité postérieure du cornet inférieur droit.

Tilley (4). — Malade en traitement pour une obstruction presque complète de la fosse nasale gauche. A la rhinoscopie postérieure, petite tumeur blanchâtre de la grosseur d'un pois sur le bord postérieur du vomer. Le toucher n'ayant pas été pratiqué, l'auteur ne peut rien dire de la consistance et considère son cas comme une curiosité.

Ch. Schmidt (5). — Homme de 47 ans éprouvant depuis quelque temps de l'obstruction nasale, du catarrhe pharyngien et des angines. A la rhinoscopie antérieure, on aperçoit dans la profondeur des choanes, une masse rouge, ayant l'apparence d'une grosse végétation adénoïde ; elle est molle et s'insère sur toute la voûte. Ablation à la curette de Beckmann. Au microscope, la tumeur apparaît à la périphérie comme un fibrome dur, au centre comme un papillome.

(1) HILL. — « Symmetrische Maulbeerformige Tumoren vom hinteren Septumrand ausgehend (Centralblatt f. Lar., Bd. XI, 1895, p. 868).

(2) NEWMANN. — « Naso pharingeal papilloma (Soc. de lar. de Londres, 9 mars 1898).

(3) SCHROETTER. — « Rhinolaryngologische Mittagheilungen (Monatschr. f. Ohr., p. 417, 1901).

(4) TILLEY. — « Papillomatous growth on the posterior edge of the vomer » (Soc. lar. Londres, 7 mars 1902).

(5) SCHMIDT. — « Ein echtes Papillom des Nasenrachenraums » (Arch. f. Lar., Bd. XVIII, H. 3, 1906, p. 556).

III

PAPILLOMES DU TRAJET MOYEN DES FOSSES NASALES ET DES SINUS

V. Büngner (1). — Homme de 63 ans, ayant de l'ozène depuis sa 13^e année. A 20 ans, fracture des deux os du nez ; six mois après, polype du côté droit. A 62 ans, obstruction nasale, rougeur et infiltration de l'os gauche du nez. Les deux fosses nasales sont remplies par une tumeur cornée et la cloison cartilagineuse présente une perforation ayant les dimensions d'une pièce de 50 pfennig. Pas d'engorgement ganglionnaire. Pendant le traitement, le dos du nez s'infiltra et est perforé par la tumeur. A l'opération on voit que celle-ci pénètre profondément dans les cellules ethmoidales. Neuf mois après, récidive à droite : tumeur de la grosseur d'une noix, inflammation du dos du nez au voisinage de l'angle interne de l'œil gauche. Opération après résection temporaire du squelette nasal. Nouvelle récidive deux mois plus tard sur le cornet inférieur. Le malade reste ensuite sept mois sans récidive et ne revient plus à la consultation.

Au microscope, on avait trouvé le revêtement épithéial de la tumeur fortement délimité en bas ; l'épithélium ne pénétrait en aucun point dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Kiesselbach (2) et Hellmann (3). — Ce dernier auteur rapporte l'histoire d'un malade vu par Kiesselbach douze ans auparavant, à une époque où il était atteint de polypes du nez du côté gauche. Il subit ensuite toute une série d'interventions.

On lui enleva des proliférations de la muqueuse du cornet moyen qui était épaisse et présentait de petits noyaux et des villosités. Schech fit l'extraction d'une masse papillaire de la fosse nasale droite qu'il conserva comme suspecte de carcinome, mais qui fut égarée. A ce moment le malade commença à souffrir. Quelques

(1) V. BÜNGNER. — « Ueber eine ausgedehnte Hornwarzengeschwulst der oberen Nase » (*Langenbeck's Archiv.*, Bd. XXXIX, 1889, p. 299).

(2) KIESSELBACH. — « Ein Fall von Epithelioma papillare der mittleren Muschel » (*Virchow's Archiv*, Bd. CXXXII, 1893, p. 371).

(3) HELLMANN. — « Papilloma durum der Nasen und Stirnhöhlenschleimhaut. Uebergang in Carcinom » (*Archiv. f. Lar.*, Bd. VI, 1897, p. 171).

mois plus tard, neuf ans après le début, Seifert retira deux tumeurs qu'il diagnostiqua au microscope comme papillomes durs. Trois mois après Mitterstock constata de l'empyème du sinus frontal. Quand Hellmann vit le sujet, il existait encore des signes d'empyème frontal gauche ; le cathétérisme ne donna pas de résultat. L'ouverture des deux sinus fut pratiquée. On trouva la cavité gauche pleine de pus et de tumeurs granuleuses semblables à celles qui existaient dans le nez. Peu après l'intervention, apparurent des symptômes graves faisant croire à des complications intra-crâniennes (vertiges, perte de connaissance, phénomènes apoplectiques). Les tumeurs nasales avaient été extraites ; on pratiqua une nouvelle ouverture des sinus frontaux : l'extension du néoplasme rendait plus que probable la pénétration intra-crânienne ; les canaux naso-frontaux, qui auparavant laissaient à peine passer une sonde, permettaient l'introduction du doigt. Le septum osseux avait été perforé et la tumeur traversait ainsi d'une fosse nasale dans l'autre. Les deux sinus furent curetés et tamponnés ; l'hémorragie opératoire avait été considérable. La récidive se fit rapidement et le malade mourut dans le coma. Il s'agissait au microscope d'une tumeur maligne.

Bronner (¹). — Homme de 41 ans, présentant de l'obstruction nasale gauche depuis un an et, depuis cinq ou six semaines, un écoulement purulent et fétide du même côté. Ablation à l'anse d'une grosse masse grisâtre. Récidive quinze jours plus tard ; curetage de la fosse nasale. On put sentir alors avec le doigt une grande cavité lisse correspondant par sa position à l'antre. Légère récidive de la tumeur qui est extirpée à l'anse. A la suite de ces interventions, l'écoulement purulent diminua notablement. Il n'y a jamais eu ni douleur ni gonflement externe du nez, ni hémorragie. Les symptômes paraissaient d'abord indiquer un épithéliome, mais l'examen histologique révéla un papillome.

Jacques et Berlemès (²). — Homme de 35 ans ayant eu une obstruction nasale ancienne avec formations polypeuses typiques et apparition de végétations papillaires parties de la queue du cornet moyen et comblant la choane gauche. Après leur ablation, ces

(¹) BRONNER. — « Sections of a larg. recurrent papilloma, which seemed to grow from the left maxillary antrum » (Soc. de Lar. Londres, 2 mai 1902).

(²) JACQUES et BERLEMÈS. — « Des tumeurs bénignes des sinus de la face, en particulier du papillome du sinus maxillaire » (Rev. hebdo. de Lar., 24 août, 1901, p. 209).

dernières avaient été reconnues au microscope pour des éléments normaux hyperplasiés et superficiellement enflammés de la muqueuse. Un an plus tard, trépanation des sinus maxillaire et sphénoidal pour maux de tête intolérables à forme sphénoïdale. Découverte dans l'antre de productions semblables à celles du nez, ayant un volume supérieur à celui d'une demi-noix ; peu de pus. Sinus sphénoïdal sain. Guérison rapide. Au microscope, la tumeur sinuseuse provoquait, à une inspection superficielle, le diagnostic d'épithélioma cylindrique, mais il sembla pourtant aux auteurs que le terme d'adénome, ou plutôt encore de papillome muqueux, répondait mieux à la signification réelle de la tumeur.

Bichatton⁽²⁾. — Un cas de néoplasme du sinus maxillaire, dû à Jacques, pour lequel les caractères histologiques seuls permirent l'identification avec le papillome, tandis que l'évolution et l'aspect macroscopique n'offraient rien qui le distinguât d'un épithélioma.

Poli⁽³⁾. — 1^o Homme de 58 ans. Obstruction nasale droite, épistaxis fréquentes et sécrétion plus abondante qu'à l'ordinaire. Ablation d'une tumeur en chou-fleur, implantée par une base assez large dans le méat moyen. Huit mois après, excision et cautérisation d'une récidive ; 2 autres mois plus tard, nouvelle excroissance mal limitée au labyrinthe ethmoidal. L'examen microscopique des morceaux provenant de la première intervention montra la forme papillaire caractéristique, avec intercalation de tractus de muqueuse normale. Lors du deuxième examen, la tumeur avait perdu déjà son aspect papillaire. Presque partout l'épithélium avait acquis une épaisseur remarquable, jusqu'à 30 et 40 couches, dont les plus superficielles présentaient une kératinisation bien évidente ; les villosités ne se retrouvaient plus qu'en petit nombre. Les rapports entre la couche épithéliale et le stroma étaient cependant restés bien distincts, sous tendance à l'envahissement de la part de l'épithélium.

2^o Homme de 66 ans, éprouvant de l'obstruction nasale droite progressive. Extraction de masses d'aspect blanc rosé, insérées largement sur la moitié postérieure de la paroi supérieure de la fosse nasale. Récidiviste sur place au bout de sept mois ; le carac-

(1) BICHATTON. — « Chirurgie conservatrice des tumeurs solides du maxillaire supérieur » (*Th. de Nancy*, 1904).

(2) POLI. — « Contribution à l'étude histo-pathologique des papillome du nez » (*Arch. interm. de Lar.*, mai-juin 1907, p. 848).

tère papillomateux de la tumeur était alors manifeste en beaucoup de points. Neuf mois plus tard nouvelle récidive plus grave, avec extension du côté du labyrinthe ethmoïdal et de la paroi orbitaire; léger degré d'exophthalmie. L'examen histologique des fragments enlevés rappelait à peine par places la disposition papillomateuse et révéla du carcinome.

Il est impossible, à la lecture de ces observations, de n'être pas frappé de la simplicité d'allure, de l'unité symptomatique, de la bénignité des tumeurs de notre premier groupe. Leur nombre nous les indique de plus comme les représentants les mieux qualifiés des papillomes des fosses nasales. Nous leur demanderons plus loin les grandes lignes de notre description.

Les autres apparaissent, au contraire, d'emblée sous les traits de tumeurs d'exception et ont, pour la plupart, des caractères invitant à un examen plus approfondi.

Parmi celles du deuxième groupe, deux s'éliminent d'elles-mêmes de la classe des papillomes purs : celle de Sendziak, fibrome au centre, papillome à la périphérie; celle de Chr. Schmidt, fibrome à la périphérie et papillome au centre. La nature de la tumeur de Tilley est, pour le moins, douteuse : déjà, le jour de sa présentation, Baber faisait remarquer qu'il était difficile de dire s'il s'agissait d'un papillome ou d'une tumeur cartilagineuse et Semon rappelait l'existence fréquente d'épaississements légers dans cette partie du vomer; la production en question pouvait bien n'être qu'une exagération de cet état. Il est également difficile de ne pas songer à de simples végétations de la muqueuse pour les bourgeons mûriformes du bord postérieur du vomer signalés par Hill. Le cas de Schroetter, dépourvu d'ailleurs de contrôle microscopique, offre certaines analogies avec une observation de Noquet (¹) relative à un homme de 49 ans, souffrant depuis plusieurs années d'obstruction nasale sans épistaxis ni douleur. A gauche, le cornet

(¹) Noquet. — « Papillome volumineux s'implantant sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche, et Tumeur papillaire de la fosse nasale gauche présentée le 18 mai 1891; résultat de l'ex. histol. » (Rev. de l'ar., 1891, p. 339. et 1892, p. 525.

inférieur était hypertrophié ; à droite, on apercevait au fond de la fosse nasale une tumeur rose, mamelonnée, molle, du volume d'une mirabelle ; elle obstruait complètement la choane et s'insérait par un pédicule assez large sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur. Le diagnostic de papillome que justifiaient l'aspect de la tumeur, sa consistance, etc., fut démenti par le microscope. Les observations de Jurasz et de Newmann nous rappellent un malade que nous avons eu, il y a quelques mois, l'occasion de voir avec le Dr Bellissen ; il présentait sur la voûte, au voisinage des choanes, un polype fibro-œdémateux typique, de la grosseur d'un petit œuf, remplissant le naso-pharynx et débordant le voile ; en même temps, les fosses nasales étaient bourrées de polypes. Or, cette tumeur présentait, au microscope, sur certains points de sa surface, un aspect papillomateux. Pareille transformation a été souvent constatée par Zuckerkandl (¹), sur des polypes du nez : on observe alors, à côté des plus belles cellules cylindriques et caliciformes, des couches multiples d'épithélium pavimenteux qui prolifèrent dans le tissu conjonctif et donnent lieu à la production de papilles. L'oubli de la possibilité de cette éventualité pourrait exposer à une confusion.

Les faits du troisième groupe ont également des attaches papillomateuses bien fragiles. Hellmann trouve que l'allure clinique justifie l'admission de la malignité dans l'observation de von Büngner ; cet auteur lui-même se demande si sa tumeur n'est pas un carcinome épithéial, un cancroïde. Dans le cas de Jacques et Bertemès, la tumeur highmorienne seule offrait le type du papillome muqueux, la portion choanale du néoplasme ayant présenté les caractères de l'hypertrophie œdémateuse simple. Les auteurs reconnaissent d'ailleurs « que de telles néoplasies offrent avec le cancer cylindrique et l'adénome (tumeurs malignes ou susceptibles de le devenir) des points de rapprochement qui pourraient passer pour liens de parenté ». Un papillome récidivant, conduisant à l'effondrement de la paroi nasale du sinus maxillaire, comme celui de Bronner, est d'une nature fort suspecte. Il ne faut pas oublier,

(¹) ZUCKERKANDL. — *Loc. cit.*, p. 523.

en effet, « l'existence sur la peau et sur les muqueuses de tumeurs qui, au point de vue morphologique, ressemblent absolument aux papillomes simples ; leur évolution est si lente que leur bénignité semble évidente, mais il ne s'agit plus alors de véritables papillomes : le derme sous-jacent ou papille, loin d'être sain comme dans le papillome simple, est déjà envahi par l'involution épidermique ; ce sont, dès leur origine, des épithéliomes véritables à forme papillaire (¹) ». Cette cause d'erreur peut faire paraître plus fréquente qu'elle n'est la transformation des papillomes simples en épithéliomes : peut-être était-ce le cas chez le malade de Kiesselbach et Hellmann. Cette hypothèse est assez vraisemblable, car Schech avait eu déjà l'idée de carcinome trois mois avant le diagnostic microscopique de papillome de Seifert, à une époque où précisément les phénomènes douloureux faisaient leur apparition. Quoi qu'il en soit la transformation du papillome en tumeur maligne est évidemment possible ; pour le larynx, Thost a particulièrement insisté sur cette succession pathologique ; Garel en a observé deux exemples très nets. Pour le nez, Poli pense que la majorité des carcinomes passe par un stade, parfois assez long, de papillome ; mais, peut-être, ces tumeurs ont-elles alors déjà en elles dès le début les germes d'une néoformation atypique. L'étude des papillomes des fosses nasales suffit en tout cas à rassurer sur leur bénignité habituelle.

Les diverses observations composant les deuxième et troisième groupes résistent mal, on le voit, à la critique : *Sans doute on doit admettre la possibilité des papillomes dans ces régions, mais les faits montrent qu'ils y sont exceptionnels et qu'ils y sont généralement simulés par des hypertrophies localisées ou des tumeurs d'une autre nature, bénignes ou malignes.* Aussi n'aurons-nous pas à en tenir grand compte dans l'exposé clinique qu'il nous reste à faire.

IV. ETOLOGIE. — Le papillome des fosses nasales est une tumeur bénigne rare. On le rencontre de préférence chez des adultes encore jeunes, mais on peut l'observer à tout âge : le

(¹) RENAUT et MOLLIÈRE. — « Art. papillomes » in *Dict. des sciences médicales.*

malade d'Arrowsmith avait 6 ans, celui de Santi 82. Le sexe est sans influence. Les éléments étiologiques sont d'une remarquable banalité : on y relève les diverses causes d'irritations répétées ou durables, le coryza aigu ou chronique, le traumatisme habituel par les poussières, le grattage, etc. ; quelques sujets étaient des ozéneux. Le malade de Baber avait une verrue sur le front et avait pu s'inoculer. L'hérédité ou les prédispositions individuelles n'ont pas d'action définie.

V. SYMPTOMES. — Le papillome débute de façon insidieuse, mettant des mois et des années à incommoder vraiment le porteur. Les symptômes rappellent ceux des polypes du nez. Ils sont fonctionnels et physiques.

1^o *Symptômes fonctionnels.* — On note dans toutes les observations de l'obstruction nasale, dans presque toutes des épistaxis : ces deux symptômes constituent à peu près tout le tableau clinique. La gêne respiratoire augmente progressivement avec la tumeur sans atteindre d'ordinaire les proportions de celle causée par les polypes ; elle est plus marquée souvent par les temps humides. Elle peut être accompagnée des divers symptômes du syndrome de l'obstruction : on observera ainsi de l'enchirènement, du nasonnement ; le sujet gardera la bouche ouverte, ronflera la nuit fera en respirant un bruit plus ou moins caractéristique, répétera des efforts respiratoires pour se débarrasser de l'obstacle qu'il sent. Il présentera parfois des signes réflexes d'origine nasale : éternuements, asthme, toux, spasmes laryngés et bronchiques, aura de la céphalée, de l'aprosexie, des névralgies, des vomissements, etc. Dans les cas exceptionnels de papillomes du nasopharynx, les phénomènes d'obstruction se ressentiront naturellement de la localisation. La coexistence de catarrhe chronique est beaucoup moins habituelle qu'avec les polypes. Au contraire, les épistaxis sont fréquentes ; elles sont peu abondantes et résultent d'ordinaire de grattages, de frottements avec le mouchoir. La présence de la tumeur nasale peut, surtout lorsque celle-ci est un peu volumineuse, déterminer un certain degré d'anosmie et provoquer du côté de la gorge de l'inflammation chronique consécutive à la respiration buccale. Il n'y a ni douleur, ni engorgement ganglionnaire.

Quant aux complications du côté des voies lacrymales par suite de la compression du canal nasal et à la tuméfaction des os du nez, elles relèvent généralement de tumeurs autres que le papillome. Il en est de même des symptômes graves dus à des tumeurs ayant envahi les sinus, comme celles que nous avons rencontrées au cours de notre étude. Il s'agit alors le plus souvent, sinon toujours, de tumeurs malignes plus ou moins latentes en imposant pour un papillome ou de papillomes dégénérés en tumeurs malignes.

2^e Symptômes physiques. — Le papillome des fosses nasales siège indifféremment à droite ou à gauche, rarement des deux côtés à la fois. Il est mobile et se fixe presque constamment à l'entrée des fosses nasales par un pédicule mince, susceptible même de se rompre dans le moucher (Moure). On l'aperçoit en relevant simplement le lobule du nez ; il déborde parfois la narine et rend alors difficile la rhinoscopie. La cloison cartilagineuse est de beaucoup sa localisation préférée ; on le rencontre encore sur le plancher, la face interne de l'aile du nez. Les tumeurs signalées sur le cornet inférieur étaient d'ordinaire de faux papillomes ; il en est de même des tumeurs sessiles à large base d'implantation. Dans quelques cas il y a des insertions multiples. On ne trouve généralement qu'un seul papillome, mais on peut en rencontrer plusieurs ; toutefois les observations où il y en avait un grand nombre se rapportent constamment à de l'hypertrophie papillaire. La coexistence d'une néoformation de même nature a été constatée dans le larynx par Solis-Cohen, sur la luette par Garel.

La préférence de séjour des papillomes sur la portion inférieure, respiratoire, des fosses nasales, s'explique probablement par les caractères de la muqueuse de cette région. Noquet pense que cette situation n'est pas sans action sur l'irrégularité de la surface du papillome ; les mouvements de la respiration, en le ballottant sans cesse, produiraient à son niveau un effet analogue à celui réalisé par le passage de l'urine sur les tumeurs du bas-fond de la vessie et, comme elles, le rendraient villes (de Lapersonne).

Ayant des dimensions variant de celles d'une lentille à celles

d'une noisette, le papillome a une teinte grisâtre, rosée, rougeâtre ou rouge sombre. Quand il sort de la narine, il est noirci par les poussières de l'air et prend l'aspect d'une brosse sale (Zarniko). Il est irrégulièrement lobulé ou polyédrique, allongé dans le sens antéro-postérieur ou replié et remplit plus ou moins le méat inférieur. Les qualificatifs de « mûriforme, framboisé, en chou-fleur, villeux » reviennent le plus souvent sous la plume des auteurs pour caractériser l'impression donnée par la surface papillaire.

Plus dur, plus élastique que le polype, le papillome saigne facilement sous l'exploration du stylet comme sous les doigts du malade.

La présence de la tumeur ne détermine ordinairement pas de réaction sur la muqueuse voisine, et l'on constate l'intégrité des fosses nasales tant à la rhinoscopie antérieure qu'à la rhinoscopie postérieure.

Les papillomes du trajet moyen des fosses nasales, du nasopharynx et des sinus sont exceptionnels, si tant est qu'on en observe de purs ; ils diffèrent par leur surface papillaire des tumeurs bénignes de ces régions ; ils rappellent par leur symptomatologie les néoplasmes bénins ou plus souvent malins qu'ils simulent et avec lesquels ils s'identifient plus ou moins, tôt ou tard.

Marche. — On a signalé la possibilité pour le papillome d'être expulsé par rupture de son pédicule dans un effort expiratoire. Habituellement, au contraire, sa marche est progressive. Après son ablation, les récidives sont beaucoup moins fréquentes que pour les polypes. Quant à la transformation en tumeur maligne, nous avons vu déjà ce qu'il en fallait penser : elle est exceptionnelle.

VI. PRONOSTIC. — Le pronostic est bénin, à la restriction près que « l'existence d'une tumeur bénigne indique une prédisposition à la production d'une tumeur maligne » (Tripier). On se gardera d'ailleurs d'exagérer l'importance de cette loi générale.

VII. DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du papillome est basé sur son aspect mûriforme, sa situation dans l'étage inférieur des fosses nasales, son allure clinique se traduisant seulement par

l'obstruction nasale et des épistaxis légères, ses caractères microscopiques.

L'exploration au stylet aura vite éliminé, s'il en était besoin, l'hypothèse d'un corps étranger, d'une rhinolithe, d'un hématome, d'un abcès ou d'une déviation de la cloison, d'un ostéome, d'un enchondrome.

La syphilis a, pour la distinguer, tout son cadre symptomatique et le traitement d'épreuve.

La tuberculose peut être responsable de bourgeonnements situés au niveau de la cloison, mais les ulcérations caractéristiques apparaissent bientôt, rendant net un diagnostic que l'inoculation au cobaye vient confirmer.

Le lupus a parfois l'aspect d'une tumeur végétante, mais ses ulcérations spéciales, la différence aussi des autres symptômes ne permettent pas la confusion.

La rhinite hypertrophique simple se traduit par un gonflement plus symétrique, plus lisse, plus diffus, non pédiculé.

La dégénérescence papillomateuse de la muqueuse est généralement plus diffuse aussi ; elle occupe de préférence les cornets inférieur et moyen habituellement délaissés par le papillome ; elle est volontiers bilatérale ; enfin ses bourgeons verruqueux font corps avec la muqueuse et sont rarement pédiculés.

Les polypes sont gélatineux, translucides, pâles, ils n'entraînent guère d'épistaxis et siègent souvent en nombre dans la région des méats moyen et supérieur.

Le polype hémorragique, comme le papillome, se rencontre ordinairement sur la cloison, est unilatéral, et son attouchement provoque des hémorragies, mais celles-ci sont plus importantes : le polype hémorragique peut, en effet, suivant la prédominance plus ou moins marquée du tissu conjonctif ou des vaisseaux veineux, réaliser un fibrome télangiectasique, un fibro-angiome ou même un angiome caverneux pur. En cas d'incertitude, le microscope tranchera le diagnostic.

C'est encore à lui que l'on s'adressera pour les tumeurs malignes insuffisamment caractérisées ; mais leur marche, leur tendance à la généralisation, les symptômes fonctionnels qui

les accompagnent, les déformations squelettiques qu'elles produisent renseignent souvent assez.

Les papillomes du trajet moyen des fosses nasales et du naso-pharynx sont exceptionnels : c'est l'examen microscopique qui permettra de reconnaître si les productions qui pourraient en donner l'impression sont des papillomes vrais, des tumeurs mixtes, ou de simples polypes fibro-cédémateux.

Quant aux papillomes des sinus, on y pensera dans les néoplasmes à évolution paradoxale ; on se renseignera alors auprès du microscope, sans oublier toutefois que la clinique ne perd jamais ses droits.

VIII. TRAITEMENT. — On enlèvera le papillome à l'anse froide ou chaude ; on pourra ensuite cautériser le point d'implantation au galvano-cautère.

Dans le cas d'invasion sinusienne, on aurait recours à l'intervention appropriée.

II

DES ACCIDENTS AURICULAIRES CHEZ LES TRAVAILLEURS DES CAISSONS

Par Maurice PHILIP (de Bordeaux.)

Lorsqu'en 1904, on commença les travaux de construction des ponts du chemin de fer Métropolitain de Paris, de nombreux accidents vinrent frapper les ouvriers tubistes qui travaillaient dans l'air comprimé des caissons. Parmi ces accidents ceux qui intéressent l'oreille tiennent la plus grande place. Le fait est facilement explicable : Qu'une inégalité de pression se produise en effet d'un côté et de l'autre de la membrane du tympan et l'équilibre auriculaire est détruit dans un organe formé de cavités closes. Cette rupture d'équilibre se traduit par des phénomènes d'intensité variable, les uns bénins, les autres graves.

Ce sont eux que nous allons décrire en exposant successivement les accidents qui affectent les différentes parties de l'oreille. Des multiples observations que nous avons pu recueillir personnellement dans le service de notre Maître, le Dr Lermoyez, nous retiendrons seulement les plus probantes, que nous classerons dans un ordre de gravité croissante. A l'importante question du pronostic nous joindrons ensuite comme corollaire l'étude médico-légale. Enfin nous terminerons par un chapitre sur le traitement en insistant particulièrement sur le traitement prophylactique et les règlements d'hygiène qui doivent être institués.

I. LE CAISSON. — Inventé par l'ingénieur Triger, le caisson se compose de trois parties :

- 1^o La chambre de compression ou sas à air ;
- 2^o Un puits de descente, communiquant avec ;
- 3^o La chambre de travail reposant sur le lit même de l'eau.

Pour faire équilibre à la pression hydraulique, la chambre de travail et le puits de descente doivent contenir de l'air comprimé, de telle sorte que 1/10^e d'atmosphère correspond à un mètre d'eau. Une porte de communication avec joints de caoutchouc sépare le sas à air du puits de descente.

Les tubistes pénètrent dans la chambre de compression ; la porte extérieure soigneusement fermée par des écrous, la pression augmente ; lorsqu'elle égale celle de la chambre de travail, la porte de communication s'ouvre d'elle-même et les ouvriers descendant. Le travail fini, les ouvriers remontent dans le sas. La porte du puits de descente est fermée et l'on décomprime lentement en ouvrant les robinets jusqu'à ce que la pression atmosphérique soit atteinte. La porte extérieure est alors ouverte.

..

II. PHYSIOLOGIE NORMALE. — Au cours de ces différentes manœuvres, lentement et correctement exécutées, que va-t-il se passer dans une oreille normale ? — Prenons un tubiste au moment de la compression, autrement dit de « l'éclusage » : pour que l'équilibre soit maintenu dans les différentes parties de son oreille, il est nécessaire que sa caisse du tympan supporte la même pression que son conduit auditif externe, c'est-à-dire la même pression que la chambre dans laquelle il se trouve. Cela ne peut se produire que par la trompe d'Eustache. Or elle n'est pas bénante et seuls les mouvements de déglutition l'entrouvrent pour aérer l'oreille moyenne. Souvent ils sont suffisants pour combattre les effets de la pression qui augmente et qui se traduisent par de la douleur et des bourdonnements de plus en plus forts suivant la vitesse et l'intensité de la compression. Les mouvements de déglutition sont

ils insuffisants, le tubiste aura recours à l'épreuve de Valsalva qui consiste à souffler fort, le nez pincé et la bouche fermée. Ainsi l'équilibre auriculaire est établi et les phénomènes précédents disparaissent.

**

III. ACCIDENTS. — Tels sont les phénomènes qui marquent l'accommodation de l'oreille normale à un milieu où la pression de l'air est progressivement augmentée et progressivement diminuée. Mais si un obstacle s'oppose à l'équilibre des pressions dans les différentes parties de l'oreille, ou si les manœuvres d'éclusage ou de déséclusage sont mal ou rapidement faites, des accidents apparaissent que nous allons maintenant étudier.

a) *Oreille externe.* — Les phénomènes qui affectent l'oreille externe sont de peu d'importance : ce sont les « puces », petites phlyctènes gazeuses s'annonçant par des démangeaisons très vives et des piqûres lancinantes. Parfois elles se réunissent et donnent naissance à de l'emphysème sous-cutané. Enfin des phlyctènes hémorragiques peuvent se remarquer dans le conduit auditif externe.

b) *Tympan.* — Le tympan présente souvent, lui aussi des phlyctènes gazeuses ou sanguines dues à la stase du sang et au dégagement de l'azote dont nous décrirons le mécanisme. Mais l'accident le plus grave que présente la membrane tympanique, c'est la rupture, de forme linéaire, sinueuse ou étoilée qui s'accompagne toujours d'un bruit semblable à un coup de canon, et qui provoque souvent la syncope ou tout au moins la lipothymie. La rupture du tympan peut se produire suivant deux mécanismes :

1^o La rupture d'éclusage, centripète, due à une pression insuffisante dans la caisse et coexistante généralement avec une insuffisance nasale, pharyngée, ou tubaire.

2^o La rupture survenant au moment du déséclusage, accompagnée des mêmes phénomènes subjectifs et due à une décompression trop rapide : l'oreille moyenne est soumise à une

pression plus forte que le conduit ; le tympan bombe et se rompt. La force est ici centrifuge.

c) *Oreille moyenne.* — Les accidents qui affectent l'oreille moyenne peuvent reconnaître deux moments :

1^o Ceux qui se produisent pendant l'éclusage ;

2^o Ceux qui se produisent pendant la décompression.

Les premiers reconnaissent pour cause une insuffisance d'aération de la caisse due à un obstacle siégeant sur les voies respiratoires supérieures ou sur la trompe, ou bien à des adhérences siégeant dans la caisse du tympan. Ce sont d'abord des bourdonnements d'intensité croissante ; puis une douleur aiguë de plus en plus forte, la sensation du coin qui s'enfonce, parfois la rupture du tympan, souvent la syncope. En même temps apparaissent des phénomènes fonctionnels : diminution notable de l'ouïe, persistant souvent après la sortie du caisson.

Au contraire, les accidents produits pendant le déséclusage supposent *a priori* une oreille saine qui a pu supporter la pression, un tubiste qui a pu travailler sans fatigue. Ils sont tous le fait d'une décompression trop brusque. Nous aurons à voir les phlyctènes gazeuses, l'exsudat et les hémorragies de la caisse. Par quel mécanisme ces symptômes se produisent-ils ?

Le sang contient en dissolution de l'oxygène, de l'azote et de l'acide carbonique. Les deux premiers de ces gaz proviennent de l'air atmosphérique et pénètrent dans le sang à travers les poumons. Le dernier résulte de la combustion des tissus. Si la pression atmosphérique augmente, le sang dissoudra une quantité d'O et de Az croissant d'une façon constante. Mais ces deux gaz ne se comportent pas de la même manière : sous une pression supérieure à deux atmosphères, l'oxygène se dissout en grande partie dans le plasma qui l'incorpore (ce qui explique la couleur rouge vif du sang veineux des tubistes pendant leur travail). L'azote, au contraire, reste dissout dans le sérum. Si le déséclusage est lent et progressif, les gaz en hyper-solution dans le sang se dégageront au niveau des alvéoles pulmonaires et seront éliminés pendant l'expiration. Mais si la décompression est brusque, la quantité maxima de

gaz dissoute diminue et c'est le moins stable qui est mis en liberté. En l'espèce, c'est l'azote. Il se dégage en petites bulles, surtout aux endroits où les parois vasculaires sont peu résistantes, à l'extrémité des artéries et dans les réseaux capillaires. Ainsi l'on observe la formation du « collier de perles », ou, si les bulles se sont réunies, de véritables phlyctènes gazeuses. Ces bulles de gaz forment donc des embolies qui, en obstruant la lumière du vaisseau où elles siègent produisent deux conséquences :

1^o L'ischémie du territoire irrigué.

2^o La stase sanguine en amont de l'obstacle.

La première est rarement importante. La seconde au contraire engendre presque toujours des exsudats ou des hémorragies.

Poussé par la « vis a tergo », le sang pénètre dans un vaisseau obstrué qu'il dilate. Le sérum filtre d'abord, c'est l'exsudat ; mais bientôt les parois vasculaires céderont, se rompent et le sang se répand dans la caisse. Ces hémorragies sont sérieuses par suite des compressions qu'elles exercent sur les fenêtres du labyrinthe. L'oreille interne va maintenant entrer en scène.

d) *Oreille interne*. — Les symptômes par lesquels se traduisent les accidents qui frappent l'oreille interne des tubistes sont : les bruits subjectifs, la surdité et le vertige. D'une intensité variable avec les individus et les circonstances, ils peuvent être dus :

1^o A du labyrinthisme simple ;

2^o A une hémorragie du labyrinthe.

Le labyrinthisme simple est dû presque toujours à une augmentation de pression intralabyrinthique. Les expériences manométriques de Politzer et Bezold ont montré d'une façon certaine que toute augmentation de pression dans la caisse s'accompagne d'augmentation de pression dans le labyrinthe. La distribution vasculaire en est la preuve : contrairement à l'opinion de Hyrtl qui prétend que le territoire irrigué par l'artère auditive interne, branche du tronc basilique, est un territoire clos, sans anastomoses, il existe des artéries anastomotiques signalées par Politzer qui, de la caisse du tympan

se rendent au vestibule à travers la paroi osseuse qui sépare ces deux cavités.

De même, au moment du déséclusage la diminution de pression intralabyrinthique peut provoquer l'anémie du labyrinthe et par suite une attaque de labyrinthisme. Ces phénomènes vertigineux disparaissent habituellement après un peu de repos.

L'audition revient lentement, mais sans atteindre l'acuité qu'elle avait avant l'accident.

Beaucoup plus graves sont les hémorragies labyrinthiques ; produites suivant le même mécanisme que les hémorragies de la caisse, elles peuvent siéger dans le canal de Rosenthal, dans les canaux semi-circulaires, sur les taches acoustiques, dans le limaçon (généralement dans la rampe tympanique), dans le tronc du nerf auditif. Elles se manifestent non seulement par une surdité totale, mais encore par des phénomènes généraux. Le malade pâlit, est pris de nausées, de vomissements, souvent de syncope ; s'il peut encore marcher il se courbe du côté malade ; s'il est étendu il se roule du côté de son oreille lésée. Si la perte de connaissance est totale et sans prodromes, on se trouve en présence du vertige de Ménière typique. Le sang extravasé peut bien dans certains cas se résorber lentement et les phénomènes généraux régressent ; mais souvent l'hémorragie du labyrinthe est suivie d'une inflammation de cet organe avec atrophie de l'organe de Corti et formation de tissus fibreux. Quelquefois enfin le caillot s'organise et devient ainsi une source d'irritation nouvelle pour le labyrinthe.

Avant de clore cet exposé des accidents labyrinthiques, il est un fait intéressant à signaler : Ils se produisent généralement, soit pendant le déséclusage, soit à la sortie du caisson, soit quelques heures après. Quelle est la cause de ce retard dans leur apparition ? A l'aide du sphygmomanomètre, Heller, Mager et von Schroetter ont établi les courbes de la pression sanguine dans la radiale pendant la durée du séjour dans l'air comprimé. D'après leurs recherches, la pression sanguine baisse pendant que l'on écluse, reste à un assez bas degré pendant le séjour dans le caisson et remonte à nouveau

pendant le déséclusage. La plupart du temps, la hauteur de pression constatée à la sortie du sas dépasse celle que l'on notait avant l'entrée. Il s'agit probablement là d'un phénomène de compensation à la baisse subie pendant le séjour dans l'air comprimé. Quoi qu'il en soit, il est bien certain que cette élévation de pression survenant à la sortie peut produire des troubles graves et notamment des exsudats ou des hémorragies dans des vaisseaux dont les parois ont déjà fortement souffert du fait d'une stase prolongée.

Enfin nous citerons pour mémoire les grands accidents cérébraux ainsi que l'aphasie, les parésies et paralysies qui en résultent, leur description n'entrant pas dans le cadre de cette étude.

• • •

IV. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — H. C..., 28 ans, travaillant le 25 mai 1904 au caisson de Passy, ressentit le coup de pression aussitôt après l'éclusage : bourdonnements d'oreille, vertiges, otalgie. Après une douleur plus violente, du sang s'écoule de son oreille gauche. Les phénomènes douloureux augmentent et il doit quitter le caisson.

Nous voyons le malade après qu'il a pris quelques jours de repos au lit :

Audition normale à droite.

Perception aérienne de la voix légèrement diminuée à gauche.
A droite, tympan rosé, un peu enfoncé, mobile.

A gauche, on constate une ecchymose siégeant sur la paroi postérieure du conduit auditif externe. En arrière, tympan ecchymotique présentant par endroits des traces de phlyctènes sanguines. Manche du marteau injecté. Apophyse externe saillante.

L'examen du nez montre une déviation de la cloison à convexité du côté gauche.

Les phénomènes douloureux et vertigineux ont disparu. Douches d'air. Le malade n'a pas été revu.

OBS. II. — H. F..., 32 ans, travaillait le 19 mai 1904 au caisson

de Passy quand, après avoir subi une pression¹ de 1,6 at., il ressentit une violente douleur dans l'oreille [gauche. Le Valsava est impuissant à la calmer. En même temps épistaxis peu abondante ; quelques crachements de sang. Il entreprend néanmoins son travail et reste pendant huit heures dans le caisson. Mais il constate que son audition est totalement abolie à gauche ; en même temps son oreille est le siège de quelques douleurs et de bourdonnements. Ces phénomènes persistant depuis quinze jours, il se décide à venir consulter. Examen de l'ouïe :

Oreille gauche. — Voix criée, 1 mètre. Voix chuchotée non perçue. Montre : 0. Perception crânienne au *la³* positive. Rinne —.

Oreille droite. — Perception aérienne positive. Perception crânienne positive. Rinne positif.

Weber latéralisé à gauche.

L'examen au spéculum montre une oreille droite normale.

L'oreille gauche au contraire montre un tympan très enfoncé ; pli postérieur ; apophyse externe saillante. Mobile au Siegle, la membrane est transparente et laisse voir le promontoire très hyperhémie.

On constate chez le malade l'obstruction presque complète de la narine gauche par une dégénérescence polypoïde du cornet moyen et une déviation de la cloison à convexité du côté gauche. Cavum légèrement hyperhémie.

Désinfection nasale ; ablation de la tête du cornet moyen ; douches d'air répétées.

Le 23 juin, l'examen de l'oreille donne :

Oreille gauche. — Voix haute 2^m,50 ; voix basse, 0^m,20. Rinne —.

Weber latéralisé à gauche.

obs. III. — J. G..., 35 ans, travaille au caisson du pont d'Austerlitz le 14 mars 1904, lorsque au moment où, pendant l'écluse la pression atteint 1,5 at., il ressent une tension formidable dans ses deux oreilles. En même temps la douleur s'établit, aiguë, croissante ; rien n'en amène la sédation. Le malade descend quand même dans la galerie inférieure. Les douleurs d'oreille augmentent encore, deviennent excruciantes ; un déchirement accompagné d'un bruit terrible est encore perçu par le malade qui tombe en rendant du sang par les oreilles et par le nez. On le remonte dans le sas où il est déséclusé en moins de trois minutes, et il sort du caisson avec des vertiges, des bourdonnements intenses, rendant toujours du sang par la bouche et le nez. Rentré chez lui il se couche ; ses oreilles saignent toujours un peu. En même temps il constate que son ouïe est très diminuée et aussi, — fait caracté-

ristique confirmé par l'épreuve de la perception osseuse — « il ne s'entend pas marcher sur le sol ». Une semaine se passe ; le tubiste n'est pas retourné au caisson ; malgré le repos ses douleurs persistent et son ouïe n'est pas meilleure. Il se présente alors à la consultation de l'Hôpital Saint-Antoine le 22 mars 1904. A ce moment l'examen de l'audition donne :

Oreille droite. — Voix criée 2^m,20. Voix chuchotée à peine perçue. Perception aérienne : 1^o montre non perçue ; 2^o diapason la³ perçu. Perception osseuse : 1^o montre non perçue ; 2^o diapason la³ perçu. Mais Schwabach diminué.

Rinne positif.

Oreille gauche. — Voix criée 3 mètres. Voix chuchotée 0^m,10.

Perception aérienne : 1^o montre non perçue ; 2^o diapason la³ perçu.

Perception osseuse : 1^o montre à peine entendue ; 2^o diapason perçu plus longtemps qu'à D.

Schwabach diminué,

Rinne positif.

Weber latéralisé à droite :

L'examen au spéculum donne :

Oreille droite. — Le tympan apparaît livide, enfoncé ; par endroits il est recouvert de plaques rouge brun qui apparaissent comme de phlyctènes sanguines desséchées. Mais ce qui frappe, c'est d'apercevoir dans le cadran postéro-inférieur une ligne sinueuse, obliquement dirigée en bas et en avant, rouge et recouverte de croûtes sanguines. Le stylet prudemment l'exploré et reconnaît une perforation traumatique de la membrane ; il s'enfonce entre les lèvres de la plaie et fait sourdre quelques gouttes de sérosité rosée.

Oreille gauche. — Tympan très enfoncé, terne, sans triangle lumineux. On y remarque la trace d'une grosse phlyctène sanguine au voisinage de l'ombilic.

Pansement de l'oreille droite ; cathétérisme prudent à gauche.

29 mars. — La perforation tympanique est cicatrisée ; pas d'amélioration dans l'audition.

12 avril. — De nombreuses séances de cathétérisme ont été faites ; l'audition donne :

Or. D., Voix haute, 3 mètres. Voix chuchotée, 0^m,10.

Or. G., Voix haute, 3 mètres. Voix, chuchotée, 0^m,15.

Perception osseuse toujours à peu près la même.

25 avril. — Pas de modification dans l'audition.

OBS. IV. — J. L..., 28 ans, ressent de violentes douleurs d'oreille

DES ACCIDENTS AURICULAIRES CHEZ LES TRAVAILLEURS DES CAISONS 149

au moment de la compression de l'air dans le sas. Il descend néanmoins dans la galerie inférieure et travaille pendant huit heures. Mais les phénomènes douloureux ne s'amendent pas et s'accompagnent de surdité croissante. Quand l'ouvrier sort du caisson, la surdité est absolue, une céphalalgie intense et des vertiges se font sentir, qui le forcent à se coucher sitôt rentré chez lui. Le lendemain aucune amélioration : surdité et douleurs persistent et le malade vient se présenter le 21 mai 1904 à la consultation de l'Hôpital Saint-Antoine.

A ce moment l'audition est considérablement diminuée :

Oreille droite. — Voix criée 1 mètre. Voix basse non perçue.

Diapason non perçu. Conduction osseuse nulle.

Oreille gauche. — Voix haute 2 mètres. Voix basse à peine perçue.

Diapason non perçu. Conduction osseuse nulle.

Si l'on fait alors l'examen au spéculum, ce qui frappe à première vue, c'est la coloration bleu foncé des deux tympans, surtout dans leur moitié inférieure, qui témoigne d'un abondant épanchement de sang dans la caisse. La membrane est brillante et enfoncée. Le manche du marteau très raccourci est congestionné.

La membrane de Schrappnell est rouge sombre. Ces symptômes sont plus accusés à droite qu'à gauche.

Une douche d'air prudemment donnée à ce moment montre la perméabilité des trompes ; il y a du liquide dans la caisse. Cette manœuvre soulage le malade et l'audition prise aussitôt après donne :

Oreille droite. — Voix haute 2 mètres.

Oreille gauche. — Voix haute 5 mètres. Voix basse 0,10.

26 mai 1904. — Série de douches d'air. Le malade se sent mieux. La voix basse est entendue à gauche à 0,30 cent.

4^{or} juin. — L'amélioration notée n'a pas duré. L'audition reste au même point ; des bourdonnements et quelques vertiges apparaissent à nouveau. Arséniate de strychnine.

8 juin. — Le sang est résorbé dans les deux caisses. Les vertiges persistent. L'audition de l'oreille gauche commence à baisser.

28 juin. — L'audition de l'oreille gauche a considérablement diminué :

Voix haute : 1^m,50. Voix basse : 0^m,05.

L'oreille droite donne :

Voix haute : 2 mètres. Voix basse : 0^m10. La conduction osseuse est toujours abolie.

OBS. V. — J. A..., 51 ans, terrassier, a toujours pu travailler dans l'air comprimé sans ressentir aucun malaise, et rien dans ses antécédents pathologiques ne pouvait faire prévoir l'accident dont il fut victime le 21 mai 1904 :

Après huit heures de travail dans le caisson de Passy, il fut déseclusé en cinq minutes. Il sort du caisson ne ressentant qu'un peu de lourdeur de tête. Quelques instants après, légère épistaxis, nausées, vertiges violents, syncope. L'ouvrier est ramené chez lui, mis au lit, mais le repos n'améliore pas les phénomènes morbides. Il reste quinze jours au lit et les vertiges persistent, accompagnés de bourdonnements, tandis que l'audition est considérablement diminuée, presque abolie.

Quand le malade se décide à venir consulter, nous nous trouvons en présence d'un homme amaigri, aux facies fatigué. La voix criée est seule entendue, et encore doit-on parler très près de lui. Pas de perception osseuse ni d'un côté ni de l'autre.

Au spéculum l'oreille droite présente un tympan très enfoncé ; apophyse externe saillante ; manche du marteau ecchymotique.

A gauche tympan gris, terne, enfoncé.

Mais ce sont surtout les fonctions de l'équilibre qui sont fortement atteintes. Les vertiges sont très fréquents et le malade ne peut sortir seul sans danger. Lui fait-on fermer les yeux, il tombe aussitôt sans connaissance sur le flanc droit, sans un cri. Quand il revient à lui il n'a pas conscience de ce qui vient de se produire. Cathétérisme prudent, sulfate de quinine.

Au bout d'un mois le malade n'a présenté aucune amélioration.

• •

V. PRONOSTIC. — Si l'on envisage à présent la question du pronostic, on voit qu'il est extrêmement difficile. Les diverses circonstances étiologiques qui peuvent prédisposer à l'accident, la multiplicité des formes, l'intensité éminemment variable des phénomènes morbides ne permettent pas d'assigner à tous les cas une durée fixe et une même terminaison heureuse : Le pronostic d'une ecchymose du tympan ne sera pas le même que celui d'une hémorragie labyrinthique.

En général les accidents qui affectent l'oreille externe et l'oreille moyenne évoluent normalement vers une guérison plus ou moins rapide. Mais il persiste presque toujours une diminution de l'audition.

En présence d'un coup de pression ayant affecté le labyrinthe, le pronostic ne pourra être établi que d'après la régression plus ou moins rapide des lésions. Si les phénomènes morbides cèdent à quelques jours de repos, si le vertige et la surdité diminuent, on peut espérer une guérison prochaine sans toutefois affirmer le retour intégral de l'audition. L'observation IV montre en effet une diminution de l'ouïe succédant à une amélioration manifeste. Lorsque, au contraire, les phénomènes labyrinthiques persistent, le pronostic est grave pour l'audition et pour les fonctions de l'équilibre. Il est fort difficile pour l'expert appelé à se prononcer sur la perte temporaire ou définitive de l'organe.

C'est le côté médico-légal de la question que nous allons maintenant étudier.

..

VI. JURISPRUDENCE. — En face d'un coup de pression, accident de travail affectant l'oreille, que demande le tribunal au médecin expert ?

1^o Etablir le caractère du traumatisme et l'état du blessé au moment de la délivrance du certificat.

2^o Etablir les suites probables de l'accident : Incapacité permanente totale ; incapacité permanente partielle ; incapacité temporaire et sa durée.

3^o Fixer l'époque à laquelle il sera possible de connaître le résultat de l'accident.

Or le blessé se plaint toujours de surdité avec ou sans bourdonnements et de vertiges. Si la surdité se rattache à une lésion de l'oreille moyenne, on est en droit d'espérer une amélioration thérapeutique ; mais on doit assigner à l'incapacité temporaire une durée assez longue.

Si l'on diagnostique une affection labyrinthique, en particulier l'hémorragie, si au bout d'un mois la surdité est en-

core totale et bilatérale, on doit conclure à l'incapacité permanente partielle, auquel cas le blessé a droit à une rente égale à la moitié de son salaire annuel.

Enfin, si la maladie de Ménière persiste, même seule, au point de constituer pour le blessé un danger de tous les instants, l'incapacité permanente totale doit être déclarée et le malade a droit aux deux tiers de son salaire annuel.

La considération de l'âge doit aussi entrer en ligne de compte.

Il est cependant d'autres points qu'il est nécessaire de mettre en lumière parce que, méconnus, ils peuvent fausser entièrement le diagnostic du médecin expert. Ce sont : la simulation, l'existence de lésions auriculaires antérieures à l'accident et l'hystéro-traumatisme.

La simulation véritable s'observe rarement ; on ne simule pas un coup de pression et la tromperie serait vite déjouée par les moyens habituellement mis en œuvre contre elle : épreuves classiques de Tschudi, Moos, Hartmann, Voltolini, Bloch, Lucae, Hammel, etc. Mais ce que l'on observe maintes fois, c'est l'exagération des phénomènes, souvent consciente lorsqu'elle est motivée par l'appât de la prime d'assurance, mais parfois inconsciente et due à la neurasthénie particulière qui succède à ces traumatismes. Dans l'un et l'autre cas le médecin expert devra agir avec prudence, rendre une décision impartiale et demander au plus vite le règlement de l'accident. C'est dans bien des cas le moyen de faire cesser définitivement cette « névrose de procédure » (Berger) et qui justifie pleinement cette phrase de Duchaufour : « le règlement du sinistre est un merveilleux traitement ».

Un examen attentif de l'oreille lésée permettra dans la plupart des cas d'établir l'existence de lésions antérieures à l'accident : Une perforation traumatique du tympan se distingue d'une perforation pathologique par l'irrégularité de ses bords qui sont infiltrés de sang, et par la facilité avec laquelle la douche d'air la traverse.

Une perforation pathologique au contraire, ou bien n'apparaît que comme vestige d'une ancienne otite et se montre blanche et sèche, ou bien coexiste avec une otite moyenne

suppurée : dans ce cas ses bords sont grisâtres et la trompe, participant au processus inflammatoire, laisse passer plus difficilement la douche d'air. Des accidents labyrinthiques surviennent chez un malade dont l'oreille est déjà sclérosée compromettant singulièrement la fonction auditive. Ce sera au médecin de rechercher les tympans opaques, immobiles au Siegle, infiltrés de concrétions calcaires. A lui aussi de dépister les adhérences du marteau au promontoire et les brides qui immobilisent l'étrier dans la fenêtre ovale, séquelles d'anciennes otites, qui font les candidats au coup de pression. A lui enfin de rechercher si l'atrésie tubaire qu'il constate est le fait d'une inflammation aiguë, due au traumatisme, ou d'un vieux catarrhe chronique causé et entretenu par une rhinopharyngite ou des végétations adénoïdes. Ce sont toutes ces lésions pré-existantes qu'il faut envisager avec soin pour mettre les choses au point et attribuer leur valeur réelle à l'accident et à ses conséquences.

Nous nous occuperons enfin de l'hystéro-traumatisme. D'après le prof. Thoinot on le rencontre assez souvent chez les tubistes atteints de coup de pression. Mais il a toujours une cause, et cette cause c'est la lésion auriculaire préexistante. Alors ou bien c'est une surdité nerveuse, des accidents à grand fracas survenant chez un individu faiblement tamponné, mais porteur, par exemple, d'un catarrhe tubo-tympanique ; ou bien la lésion est réellement due au traumatisme et produit secondairement des accidents hystériques auriculaires ou cérébraux, tout à fait hors de proportion avec le dommage organique subi. En tous cas, lorsque les symptômes fournis par le malade ne paraissent pas correspondre à la lésion constatée, on doit rechercher avec soin les stigmates de l'hystérie. On les trouvera toujours soit isolés soit associés. Le plus souvent on constate l'anesthésie à la piqûre du pavillon de l'oreille et de tout le territoire innervé par les branches auriculaire et mastoïdienne du plexus cervical superficiel. L'anesthésie de la peau du conduit auditif externe et celle de la membrane du tympan est beaucoup moins constante. Signalons aussi l'anesthésie pharyngée et le rétrécissement du champ visuel. Dans la plupart de ces cas on aura à enrégistrer des succès faciles

et rapides à l'actif d'une thérapeutique dont la suggestion fera la base : application de courants faradiques rythmés, faibles, galvanisation, etc., d'autre part, la recompression suivie d'un déséclusage extrêmement lent a souvent réussi.

::

VII. TRAITEMENT. — Le traitement des accidents auriculaires produits dans l'air comprimé se trouve forcément compris dans des limites assez restreintes.

La méthode de recompression, appliquée empiriquement par les ouvriers eux-mêmes, sans atteindre toutefois le degré primitif d'éclusage donne de bons résultats dans certaines formes légères. En cas d'hémorragie du conduit ou de rupture du tympan, un pansement constitué par une lanière de gaze aseptique dans le conduit et un gâteau de coton stérilisé sur la conque suffit. Contre les accidents de l'oreille moyenne, le cathétérisme de la trompe prudemment pratiqué au début, puis régulièrement et longtemps continué, purge la caisse de l'exsudat qu'elle contient et rétablit sur les deux faces du tympan une pression égale. C'est le meilleur moyen d'améliorer l'audition. L'action des courants continus de faible intensité, ou des courants faradiques lentement rythmés a peu d'influence sur l'oreille lésée et agit surtout par suggestion. Enfin contre les accidents de l'oreille interne, nous avons l'arséniate de strychnine, l'iodure de sodium à doses faibles mais prolongées. Au moment des accès vertigineux des inhalations de nitrite d'amyle qui congestionne violemment les vaisseaux de la tête, ou l'absorption d'une potion à la trinitrine peuvent agir très favorablement dans l'anémie du labyrinthe.

Au contraire, en cas d'hyperhémie ou d'hémorragie labyrinthiques, le sulfate de quinine à l'intérieur, les injections sous-cutanées de pilocarpine aideront à la résorption de l'exsudat. On peut essayer enfin les inhalations d'oxygène. Et l'on ne doit pas oublier de traiter l'état général.

Mais c'est surtout le traitement prophylactique qui doit intervenir sous forme d'application rigoureuse des règles d'hy-

giène, et par suite des règlements administratifs institués partout en prévision des accidents du travail sous pression.

La sélection rigoureuse s'impose, ainsi que l'élimination systématique de tout ouvrier présentant une tare du côté de son appareil cardio-vasculaire ou auditif (artério-sclérose, catarrhe tubo-tympanique, otite adhésive, etc.). De même on doit exclure les hystériques et névropathes susceptibles de présenter des manifestations d'hystéro-traumatisme et de produire ainsi parfois de véritables épidémies à leur exemple.

La compression doit être lente. Une fois les ouvriers descendus, la durée de leur travail devra être d'autant plus courte que sera grande la pression qu'ils supportent. Jusqu'à deux atmosphères, huit heures de travail représentent un maximum que l'on ne doit pas dépasser. En Angleterre, en Hollande, le temps maximum de travail autorisé n'est que de quatre heures pour une pression de 1 à 1,5 atmosphère.

La ventilation des caissons doit être largement faite et la proportion d'acide carbonique ne doit jamais atteindre 1 %. Mais c'est surtout le déséclusage qui doit faire l'objet d'une réglementation sévère : « On ne paie qu'en sortant » ont déclaré spirituellement Pol et Wattelle, et les ouvriers pressés de se libérer n'observent pas les vitesses réglementaires de détente et ouvrent en grand les robinets de déséclusage. Heller, Mager et von Schroetter demandent comme vitesse de décompression : 1/10 d'atmosphère par minute pour une pression de 0 à 1,5 at. 1/15 pour une pression de 1,5 à 3 atmosphères 1/20 au-dessus de 3 atmosphères.

C'est pourquoi, afin d'assurer la stricte exécution de ces règles d'hygiène, Carnot demande très justement : « d'une part de payer à l'ouvrier le temps passé dans le sas : d'autre part, de réglementer la dimension des robinets du sas de telle sorte que l'air ne puisse y passer qu'avec la vitesse prescrite ; enfin et surtout, de rendre obligatoire dans les sas à air et même dans les caissons la présence de manomètres enregistreurs qui pourront toujours indiquer la vitesse de détente dans le sas, ou les variations de pression de fond et fixer ainsi les responsabilités ».

..

VII. CONCLUSIONS. — 1^o Des accidents d'intensité variable peuvent frapper les travailleurs des caissons.

2^o Ils sont tous le fait, ou bien d'une insuffisance nasale, pharyngée ou tubaire, ou bien d'une manœuvre trop rapide de compression ou de déséclusage.

3^o Ils peuvent affecter toutes les parties constitutantes de l'oreille (oreille externe, oreille moyenne, oreille interne) ou séparément chacune d'elles. Les principaux sont l'xsudat et l'hémorragie ; mentionnons à part la rupture du tympan.

4^o Le pronostic est difficile ; il sera basé, et encore avec réserve, sur la régression plus ou moins rapide des symptômes morbides.

5^o Le traitement doit surtout être prophylactique et consister en l'application rigoureuse des règles d'hygiène, dont les plus importantes sont :

- a) Sélection sévère des tubistes.
- b) Réglementation absolue de la vitesse de décompression.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. ALT. — Pathologie der Luftdruckerkrankungen des Gehörsorgans. *in Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1897, n° 6, S. 229.
2. ALT. — Ueber apoplektiforme Labyrinthaffection bei Caissonarbeitern. *in Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1898, B. XXX, S. 324.
3. ALT. — Trommelfelles ruptur durch Schlag und nervöse Erkrankung des Labyrinthes. *Wiener. med. Woch.*, 1899, S. 26.
4. ALT. — Ruptur des Trommelfelles mit Falschhören musicalischer Töne. *Ref. in Monatsschr. F. Ohrenheilk.*, 1899, S. 68.
5. BARELLA. — Du travail dans l'air comprimé. *Bull. de l'Avad. Roy. de Belgique*, 1868.
6. BERGER. — La conduite du médecin dans les accidents du travail. *Journ. des Praticiens*, 1904, p. 262.
7. BORELLI. — Recherches sur les gaz du sang.
8. BROUARDEL. — Les accidents du travail ; guide du médecin et de l'expert. Paris, 1902, *Actualités médicales*.
9. BUCQUOI. — Actions de l'air comprimé sur l'économie animale. Strasbourg, 1861.
10. CAFFE. — Du travail dans l'air comprimé. *Union médicale*, 1863.
11. CARNOT. — Le coup de pression. *Presse médicale*, 29 août 1904.

12. CASSAET. — De la pathogénie des accidents de l'air comprimé. *Th. Bordeaux*, 1886.
13. CASTEX. — La médecine légale dans les affections de l'oreille, du nez et du larynx. *Bull. de la soc. franc. de Laryng.*, Paris 1897 et *Ann. d'Hyg.*, 1897, t. XXXVIII, p. 18.
14. CHABAUD. — Des accidents observés dans les appareils à air comprimé, et particulièrement de ceux dus à une décompression très brusque. *Th. Paris*, 1883.
15. CURNOW. — Auditory Vertigo caused of working in compressed air. *Lancet*, 1894, n° 10.
16. DARWIN. — Etude sur les gaz du sang.
17. DUCHAUFFOUR. — Evaluation des invalidités permanentes d'après les conciliations au Tribunal civil de la Seine. *Ann. d'hyg. et de Méd. lég.*, 1902, t. XLVII, p. 314.
18. FOLEY. — Du travail dans l'air comprimé. *Paris*, 1863.
19. FRANÇOIS. — Des effets de l'air comprimé sur les ouvriers des caissons servant de base aux piles du pont du grand Rhin. *Ann. d'hyg.*, 1850.
20. GAL. — Dangers du travail dans l'air comprimé ; moyen de les prévenir, 1872.
21. GÉRARD. — Die Unfälle bei dem Arbeiten in comprimirter Luft. *Ref. in Centralbl. für allgem. Ges.*, Bd. V, S. 417.
22. GRAND. — Considérations physiologiques et thérapeutiques sur l'air condensé employé sous des pressions variant de 1 à 2 atmosphères. *Th. Paris*, 1877.
23. GUEBHART. — Effets des variations de la pression extérieure sur l'organisme. *Th. agrég.*, 1883.
24. GUERRARD. — Notes sur les accidents de l'air comprimé. *Ann. d'hyg.*, 1854.
24. HEERMANN. — Ueber Caisson krankheit. *Volkmann's klin. Vorträge neue Folge*, n° 334, 1902.
26. HELLER, MAGER et von SCHROETTER. — Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung rascher Veränderungen des Luftdrucks auf den gesamten Organismus. *Bonn.*, 1897.
27. HERMEL. — Des accidents produits par l'usage des caissons dans les travaux souterrains et sous-marins.
28. KAHN. — Berufliche Erkrankungen des Gehörorgans unter dem Einfluss komprimirter Luft. *Haug's klin. Vorträge*, Bd. II, S. 12, 1898.
29. KOCH. — Ueber die Einwirkung des Tausschens auf das Gehörorgan. *Festzchr. z. 100 jährigen Bestehen des Friedrich Wilhelm Instituts*, Berlin, 1895.
30. LAYET. — Article *Seaphandre* du dictionnaire encyclopédique.
31. LESTER et POMEZ. — Ueber die Einwirkung komprimirter Luft auf das menschlichen Ohr auf Grund der Beobachtung welche in dem Senkoester der Brücke über den New-Est-River Gemacht würde. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXXIV, S. 241.

32. MAGNUS. — Ueber das Verhalten des Gehörorgans in comprimirter Luft. *Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd. I, S. 260.
33. MEISSNER. — Hygiene der Berg- und Tunnel-arbeiter. *Weyl's Handbuch der Gewerbe Hygiene*, Bd. VIII.
34. MOOS. — Doppelseitige Ruptur des Trommelfelles durch Luftverdichtung in folge explodierenden Chlorphthaläthers bei der Eosinbereitung. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. VIII, 1879.
35. MOOS. — Doppelseitige Labyrinthaffection entstanden 15 Minuten nach 30 stündigem aufenthalt in einem Tauschapparat. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. XIII, S. 150.
36. REMY. — Sur les accidents du travail. *Bull. Méd.*, 27 août 1902.
37. RÖMPKE. — Société allemande d'Otologie. *XI^e Congrès, Trèves*, 1902.
38. SACHET. — Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail, 1900.
39. SILBERSTEIN. — Zur Kasuistik der Caissonkrankheit. *Wiener med. Wochenschr.*, 1895, n° 31.
40. SOMMERFELD. — Die Berufskrankheiten der Steinmetze und Steinbildhauer. *Deutsche Y. F. öffentl. Ges.*, Bd. XXV, H. 2.
41. SOMMERFELD. — Gesundheitliche Schädigungen der Caissonarbeiter.
42. THOMOT. — Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique. Paris, 1904.
43. TOMKA. — Ueber Ohrenkrankungen bei Caissonarbeitern. *Jahresbücher d. Ges. der Ungar. Ohren. und Kehlkopffärzte*, Bd. VI, S. 10, 1896.
44. TREITEL. — Die Rupturen des Trommelfelles mit besonderer Berücksichtigung ihrer forensichen Bedeutung. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. XIX, S. 115, 1899.

Lorsque le praticien aura inutilement épousé la liste des ferrugineux et reconstituants, sans guérir ses anémiques, neurasthéniques, consomptifs, débilités, etc., il obtiendra des résultats qui le surprendront en faisant usage du Sirop d'Hémoglobine Deschiens qui permet de réaliser une apothérapie hématique intense et rapide, sans imposer la moindre fatigue aux organes digestifs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE DE PARIS*Séance du 7 juin 1907.*

LE MARC'HADOUR. — **Hypertrophie considérable des amygdales palatines et de l'amygdale de Luschka chez un adulte.** — Le Marc'Hadour présente un ouvrier boulanger de 35 ans, porteur d'amygdales palatines et de végétations adénoïdes énormes. Il s'agit d'hypertrophie simple ; l'examen du sang ne révèle rien d'anormal ; il n'existe pas de ganglions, pas de syphilis secondaire.

A l'encontre de ce qui se voit habituellement, où le tissu lymphoïde du pharynx rétrécit avec l'âge, il n'a fait, chez ce malade, qu'augmenter de volume.

LE MARC'HADOUR. — **Papillomes du larynx chez un enfant.** — Le Marc'Hadour (au nom de Boulay empêché) présente une enfant de 11 ans, opérée à l'âge de 3 ans pour papillomes du larynx. L'opération pratiquée fut la thyrotomie, qui ne donna qu'un résultat temporaire. Dix mois plus tard, il y eut récidive complète et l'on dut faire une trachéotomie d'urgence. A l'abri de la canule, le larynx, mis au repos, guérit. La canule fut nécessaire pendant cinq ans et demi. Boulay demande à ses collègues s'ils partagent son opinion, qui est la suivante : *dans le papillome avec troubles respiratoires, la thyrotomie ne donne que des résultats aléatoires et ses préférences vont à la trachéotomie, souvent suivie de guérison.*

MAHU cite des cas où, chez des enfants de moins de 10 ans, porteurs de papillomes du larynx, il n'existe comme symptômes subjectifs que de la toux et de l'enrouement. Il n'est pas commode, dans ces cas, de proposer aux parents même une simple trachéotomie.

WEISSMANN fait remarquer que le diagnostic est souvent diffi-

cile à cause de l'indocilité des enfants et de l'inefficacité sur eux des anesthésiques.

KÖNIG se rappelle avoir vu à la clinique Fraenkel un petit garçon atteint d'une grosse masse de papillomes que l'on a essayé d'opérer par voie endolaryngée et chez lequel il fut impossible d'obtenir l'anesthésie locale, soit avec la cocaine, soit avec l'antipyrine.

LE MARC'HADOUR rapporte une observation recueillie par Rolland dans le service de Broca. Un enfant entre à l'hôpital avec un tirage tel qu'une opération d'urgence s'impose. On fait d'abord une thyrotomie avec trachéotomie et ablation des papillomes. La canule est enlevée au bout de vingt-quatre heures. En moins de trois mois, il y eut récidive complète et l'enfant revint de nouveau à l'hôpital avec du tirage. Cette fois, on pratiqua seulement la trachéotomie. Il y a deux ans de cela, et le petit malade, auquel on enlève de temps en temps, par les voies naturelles, les papillomes qui se reproduisent, est toujours canulé, mais est maintenant proche de la guérison.

Luc conclut que les observations qui précèdent sont de nature à fixer nos principes relativement à la conduite à tenir à l'égard des enfants affectés de papillomes laryngés. Deux cas sont à envisager : 1^o *les néoplasmes causent à la fois de l'enrouement et de la dyspnée* ; on fera alors la trachéotomie et l'on attendra du repos forcé de l'organe la régression spontanée de ces néoplasmes ; 2^o *il y a seulement de l'enrouement* ; on prescrira seulement le repos le plus complet possible du larynx.

Dans le cas où, l'âge adulte étant atteint, le traitement en question n'aurait pas amené le résultat attendu, on en serait quitte pour tenter alors l'extraction des papillomes par les voies naturelles.

KÖNIG. — **Un méfait de la prothèse paraffinique.** — Koenig présente une jeune fille de 19 ans chez laquelle une prothèse à la paraffine à chaud pour la réparation d'une déformation nasale *en coup de hache* donna un résultat immédiat parfait qui dura plusieurs semaines. Il apparut alors une bosse dure, de la grosseur d'une cerise, un peu plus haut que le point d'injection. Il faudrait donc résérer le pronostic en ce qui concerne le résultat éloigné des prothèses paraffiniques.

MAHU remarque que ces accidents sont rares, mais qu'il en a déjà été publié quelques cas, en particulier par Broeckaert, qui a dénommé ces tumeurs bénignes ; *paraffinomes*. Le malheur est

d'ailleurs réparable. Dans les cas de ce genre, où la paraffine doit être injectée en tissu mou et n'être pas soumise par la suite à une trop grande traction musculaire, Mahu préfère avoir recours aux *injections à froid*.

Séance du 12 juillet 1907.

BOISVIEL. — **Un cas de bégaiement guéri opératoirement.** — Boisviel rapporte l'observation d'un enfant de 6 ans atteint de bégaiement qui disparut par trois fois, immédiatement après chacune des trois interventions suivantes : ablation de végétations adénoïdes et ablation d'amygdales en deux fois. Mais le défaut de prononciation reparut au bout de quelques mois. Il ne disparut tout à fait qu'après que l'auteur eut supprimé un demi-centimètre de la luette, *sans anesthésie pour impressionner l'enfant*.

CASTEX remarque qu'il a déjà été publié quelques cas de bégaiement chez des adénoïdiens disparaissant à la suite de l'opération. Une des dernières a été produite par Grossard.

Inversement, il a vu un adénoïdien présenter un bégaiement *transitoire* après l'adénectomie. C'était simplement un effet nerveux.

CASTEX. — **Deux cas d'othématome. Intervention chirurgicale.** Castex présente deux observations, avec photographies, d'othématomes types, intéressantes à plusieurs points de vue.

Les deux collections sanguines, de la grosseur d'une amande, fluctuantes, siégeaient sur le pavillon de l'oreille droite, au niveau de la cavité de l'hélice et de la fossette de l'anthélix.

Le premier cas, d'origine spontanée, présentait ceci de particulier que le frère jumeau du sujet avait vu se développer, dans la même année, une tuméfaction semblable sur la partie haute de son pavillon droit.

Le second, d'origine traumatique, se montrait chez un homme de 43 ans qui avait froissé fortement son oreille en portant un bois de lit sur son épaule.

Pour prévenir des complications, la collection sanguine fut ouverte par une incision verticale.

Les détails d'anatomie pathologique sont les suivants :

Collection de sang noirâtre mais fluide, amassée entre le cartilage qui se montrait normal et le périchondre seul tapissé d'une mince couche de caillots et paraissant calcaire par endroits. L'examen histologique en sera pratiqué. Il n'y avait pas de poche kystique pouvant être disséquée.

L'opération fut faite au moyen d'une injection sous-cutanée de cocaïne, mais Castex déclare que, dans pareille circonstance, il recourrait plus volontiers au chloroforme parce que le curetage de la poche, qui doit être minutieux, s'est montré particulièrement douloureux.

Ces deux faits répondent aux deux théories qui ont été données de l'affection.

Si le premier, par sa spontanéité et par la co-existence chez deux jumeaux, peut trouver son explication dans un trouble du système nerveux central (Mathias Duval, Laborde, E. Gellé), le second, sûrement traumatique, montre que le siège habituel de ces amas sanguins est sous-péritonéal.

PASQUIER montre à cette occasion la photographie d'un othématome, datant de plusieurs années, sur laquelle on voit que la résorption ne se fait qu'imparfaitement en laissant une déformation du pavillon. Chez ce malade, le pavillon est tout ridé dans sa moitié supérieure ; de plus, il a conservé un épaississement d'environ 2 centimètres ; sa consistance est fibreuse ; il ne reste aucun liquide ni aucune poche au niveau de l'othématome ; le sang s'est résorbé et les parois de la poche sanguine se sont transformées en tissu fibreux. D'après cette observation, il faudrait donc faire des réserves sur le pronostic éloigné, en ce qui concerne l'esthétique d'un pavillon atteint d'othématome.

CHERVIN. — Utilité de l'oto-rhinoscopie dans les divisions palatines. — Chervin fait, tout d'abord, remarquer que les opérations de division congénitale de la voûte osseuse ou du voile du palais rentrent particulièrement dans les attributions de l'oto-rhinologie : non seulement à cause du lieu de l'intervention chirurgicale et de la légèreté de main qu'elle réclame, mais surtout à cause de l'utilité de l'examen oto-rhinoscopique.

L'opération n'améliore pas, *ipso facto*, le langage ; elle n'a qu'un but : permettre son éducation. Mais cette éducation elle-même ne dépend pas seulement du traitement orthophonique qui sera institué ; elle est à son tour, en grande partie, sous la dépendance directe de la topographie anatomique des organes qui concourent à la parole.

Donc, ce n'est que lorsque le chirurgien et le médecin orthophoniste auront conjointement examiné avec soin le malade au triple point de vue des conditions anatomiques des oreilles, du nez et du pharynx, des possibilités chirurgicales et des possibilités éducatives verbales, que le pronostic pourra être établi en connaissance de cause. Or, c'est ce pronostic qui importe, avant tout, au malade, lequel recherche *uniquement* l'amélioration de son langage.

CASTEX rappelle que son maître, Trélat, a préconisé les exercices d'orthophonie pré-opératoires chez les enfants qu'il devait opérer pour division du palais ou du voile palatin.

MOUNIER. — *De la résection sous-muqueuse de la cloison nasale.*

Présentation d'instruments. — Mounier présente :

1^o Un écarteur pour l'aile du nez et le lambeau muqueux après son décollement ;

2^o Une *rugine* coupante pour entamer le cartilage, sans perforation de la muqueuse du côté opposé ;

3^o Une *pince coupante* pour la résection des parties, même les plus profondes, de la cloison cartilagineuse et osseuse.

Suivent quelques observations suggérées par la pratique sur les indications et les divers temps de cette opération.

KENIG fait observer que Mounier se rencontre avec Freer (de Chicago), sur les trois points suivants :

1^o Emploi des rétracteurs pour remplacer le spéculum de Killian ;

2^o Résistance du lambeau à l'infection ;

3^o Grandeur de l'incision de la muqueuse.

Quant à la pince, celle de Jansen coupe dans le même sens que celle présentée par Mounier.

PASQUIER. — *Sur un cas de complication naso pharyngée et méningitique de la rougeole.* — Pasquier rapporte l'observation d'un enfant de 7 ans qui, au cours d'une convalescence de rougeole ayant évolué normalement, est pris subitement d'une récidive, d'abord localisée aux fosses nasales et au naso-pharynx.

Ecoulement par les narines d'une sérosité muco-purulente ; respiration nasale impossible ; état congestif de la muqueuse pituitaire et naso-pharyngienne avec dyspnée et fièvre. Un traitement local améliore ces symptômes, rétablit la respiration, mais l'enfant présente ensuite les symptômes d'une méningite, qui se confirme et provoque la mort.

A cette occasion, Pasquier conclut que, pendant la convalescence de la rougeole, ainsi que de la scarlatine, de la diptétrie et de l'érysipèle, le malade devrait être confié à l'oto-rhino-laryngologue, qui surveillerait la récidive du côté des muqueuses nasales et naso-pharyngiennes. De plus, il pense que l'infection de ces muqueuses est très souvent la porte d'entrée de la méningite.

KÖNIG. — **Présentation de malade.** — Koenig présente une jeune femme de 29 ans, se plaignant d'avoir tous les matins du sang dans la bouche (sans toux ni vomissements). En lui examinant la bouche, l'auteur fut fort surpris de voir, autour de la dernière molaire supérieure, des deux côtés, un gros bourrelet gingival exactement de la même forme, de la même grosseur (d'une bille), lisse, rond, non enflammé, de consistance cartilagineuse. La jeune femme affirme que cet état de choses date de son enfance et que ces grosses tumeurs ne l'ont jamais gênée d'aucune façon.

**SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE**

SESSION DE 1907

Congrès annuel à Bruxelles, les 8 et 9 juin 1907, sous la présidence
du Dr HENNEBERT.

COMPTÉ-RENDU OFFICIEL PAR LE Dr E. LABARRE

Séance du samedi 8 juin, à l'hôpital Saint-Pierre.

La séance est ouverte par le Président.

Tous les membres ont reçu le procès-verbal de la dernière réunion, lequel a été publié dans le *Bulletin* de la Société. Comme on a pu en juger, le compte rendu de la dernière réunion ne le cède en rien ni comme importance des communications, ni comme intérêt à ceux des autres années.

La Compagnie a continué à itinérer dans le chemin qu'elle suit

depuis nombre d'années et qui l'a conduit à une prospérité croissante.

Le Trésorier annonce, de son côté que l'équilibre budgétaire est assuré grâce à la cotisation spéciale qui a été perçue l'an dernier.

Diverses demandes de candidatures ont été adressées au Président dans les délais réglementaires ; elles sont soumises, avec titres à l'appui, à la Commission nommée *ad hoc* et feront l'objet d'un rapport.

Certaines modifications sont apportées au texte des statuts de la Société ; elles ont trait à la durée du mandat des membres du bureau. Il est entendu également que le bibliothécaire-archiviste fera partie dudit bureau.

Le Président prononce l'allocution d'usage. Il souhaite la bienvenue aux collègues oto-laryngologistes venus d'au delà de nos frontières : Belin, Furet, Gellé fils, de Paris ; Bourlon, de Valenciennes ; Goldsmith, d'Aix-la-Chapelle ; Noquet, de Lille. L'Assemblée est conviée ensuite à saluer la mémoire du Dr Zaalberg, d'Amsterdam, décédé au cours de l'année courante.

Dans son discours, le Président rappelle les phases du développement de la Société sous l'impulsion de Ch. Delstanche, son premier président. A cette évolution est liée celle des services d'oto-laryngologie des hôpitaux de Belgique. Liège et Gand avaient des services spéciaux complets ; cette année même des salles ont été réservées dans les hôpitaux de Bruxelles aux malades souffrant d'affections oto-rhino-laryngologiques, de sorte qu'ainsi grandit et prospère notre spécialité selon le vœu de Delstanche lui-même.

Le Rapport de la Commission des candidatures étant unanimement favorable, le Dr Rolland, de Bruxelles, a été nommé membre de la Société ; Gellé, de Paris, acquièrent le titre de membres associés.

En outre, sur la proposition du Président, l'Assemblée acclame comme membres d'honneur : les Prof. B. Fraenkel, de Berlin ; A. Politzer, de Vienne, et H. Schwartze, de Halle.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour de la prochaine réunion qui aura lieu à Bruxelles en 1908.

1^o *De l'examen du sang dans les complications endo-crâniennes otitiques et rhinitiques.* Le Dr A. Fallas veut bien se charger d'exposer le sujet.

2^o *Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngienne.* Le Dr J. Broeckaert fera rapport sur la question.

3^o Le Dr Fernandès n'ayant pu terminer en temps voulu son tra-

vail sur *les anesthésiques en oto-rhino-laryngologie*, le présentera à la réunion de l'an prochain.

Enfin, l'ordre du jour appelle l'élection du Bureau de la Société pour l'exercice prochain. On vote par acclamations.

Le Dr Delmarcel remplira les fonctions de président ;

Le Dr Hennebert devient pro-président ;

Le Dr Buys est élu vice-président ;

Le Dr Broeckaert reste secrétaire général ;

Le Dr Labarre continue à remplir les fonctions de trésorier ; le Dr J. Merckx est secrétaire des séances ; le Dr V. Delsaux est adjoint au bureau en qualité de bibliothécaire-archiviste.

1. — *Présentation de pièces anatomiques.*

BROECKAERT (Gand). — **Anastomose du récurrent et du grand sympathique.** — L'auteur présente une pièce anatomique qui montre, d'une façon très nette, les anastomoses multiples et importantes qui existent entre le nerf récurrent et le grand sympathique cervical. Il existe chez l'homme un véritable *plexus sympathico-récurrentiel* qu'on peut distinguer en un plexus antérieur ou superficiel et en plexus postérieur ou profond. L'auteur attire également l'attention sur l'existence de deux petites masses ganglionnaires qui existent d'une façon presque constante au milieu de ces plexus et qu'il considère comme des centres de relais. Il montre enfin une branche nerveuse volumineuse qui établit l'anastomose entre le sympathique et le nerf laryngé ; elle émane soit de l'extrémité inférieure du ganglion cervical moyen, soit de la portion initiale du ganglion cervical inférieur. Cette disposition anatomique se retrouve également chez le chien.

En résumé, cette pièce anatomique démontre clairement l'importance des anastomoses entre le sympathique et les nerfs laryngés et le rôle indéniable mais encore problématique que joue le grand sympathique dans l'innervation du larynx et dans la pathogénie des paralysies de cet organe.

FALLAS (Bruxelles). — **Carcinomé du larynx.** — Il s'agit du larynx d'un malade présenté déjà l'an dernier pour diagnostic et au sujet duquel les avis furent partagés. Ce malade est mort en mars dernier et, comme le démontre la pièce anatomique, il s'agissait d'un cancer du larynx.

L'auteur attire l'attention : 1^o sur la survie notable obtenue chez ce patient : il a pu suivre le malade pendant trente mois et l'a connu seulement à la période d'ulcération ; la trachéotomie fut pratiquée il y a seize mois ; 2^o sur le peu d'intensité des phénomènes douloureux malgré l'étendue de la lésion ; 3^o sur le retentissement peu considérable de cette dernière, sur les systèmes respiratoire et digestif ; 4^o sur l'apparition tardive de la paralysie vocale (un an après qu'il vit le malade pour la première fois).

CHEVAL (Bruxelles). — **Larynx carcinomateux.** — A l'occasion de la démonstration précédente, montre le larynx d'un malade opéré il y a quelques jours pour un carcinome volumineux du larynx. Malgré l'étendue de la lésion, l'état général du patient était resté très bon, les douleurs n'étaient pas très vives et la voix n'était que peu altérée.

Dans un même ordre d'idée, le Dr Capart fils (Bruxelles) présente les coupes microscopiques du larynx d'un malade qu'il a opéré il y a trois ans, pour une tumeur analogue, et qui n'a pas présenté la moindre trace de récidive depuis son opération.

Goris. — **Pièces anatomiques servant de contribution à l'étude de l'extirpation des tumeurs malignes de la bouche.** — L'auteur rappelle la communication qu'il fit l'an dernier à la Société belge de chirurgie et à propos de laquelle il présenta une série de pièces provenant d'opérations pour tumeurs malignes des voies respiratoires supérieures, pièces contenant toute la tumeur initiale avec les trajets lymphatiques et tous les ganglions enlevés en bloc. La pièce présentée à la Société belge de laryngologie est constituée par une hémie-extirpation de la langue, avec le plancher de la bouche, la glande sous-maxillaire entourée de ses ganglions, les ganglions carotidiens et un gros ganglion sous-mastoidien, enlevés en bloc après trachéotomie préalable et résection du maxillaire inférieur.

VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — **Volumineux abcès du cervelet, d'origine otique.** — Un homme de 45 ans, ancien otorrhéique, fut pris brusquement de maux de tête et de vertiges violents qui l'obligèrent à garder le lit pendant six semaines. Le patient se présenta alors à l'hôpital et l'auteur ne constata à l'examen otoscopique qu'une carie de la paroi postérieure. Un traitement local fut institué, et comme le lendemain aucune amélioration ne s'était produite, une intervention sur le cervelet fut décidée, mais le mā-

lade mourut brusquement avant que celle-ci pût être tentée.

L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un volumineux abcès cé-rébelleur.

ALFRED FALLAS (Bruxelles). — **Phlegmons du cou.** — L'auteur a eu l'occasion de voir, dans le courant de l'année dernière, 4 cas de phlegmon du cou, dont trois consécutifs à une amygdalite linguale et tous trois terminés par la mort. L'infection s'est faite par voie lymphatique. Les vaisseaux de l'amygdale linguale et de tout le laryngo-pharynx vont, en effet, se rendre à cinq ou six ganglions, situés dans le triangle pharyngo-maxillaire, et faisant partie de la grande chaîne carotidienne. Le triangle pharyngo-maxillaire, ouvert en bas, se continue dans la région latérale profonde du cou, sous l'aponévrose moyenne, le long du paquet vasculo-nerveux. C'est ce qui explique l'envahissement rapide de tout le cou et du médiastin.

Tous ces malades se sont présentés avec une amygdalite linguale aiguë banale, accompagnée de léger engorgement ganglionnaire, et traitée par les moyens habituels : gargarisme, purgatif, pédiluve, enveloppement humide.

Puis, rapidement sont survenus de la fièvre entre 39°,5 et 40°,5, de la douleur et du gonflement considérable à la région du cou, amenant une dyspnée profonde.

A l'incision qui, chaque fois, a été faite en avant du sterno-cléido-mastoidien, il a trouvé, sur une épaisseur de plusieurs centimètres, du tissu lardacé avec trainées purulentes diffuses et fétides.

L'autopsie a révélé des trainées purulentes jusque dans le médiastin et une altération profonde de tous les organes splanchniques : dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque, du foie, du rein ; rate infectieuse, épanchement pleural.

L'auteur conclut :

1° A la nécessité d'intervenir d'une façon tout à fait précoce, et ce, en allant directement au siège du pus, c'est-à-dire le triangle pharyngo-maxillaire. Pour ce faire, deux voies s'offrent au chirurgien : l'une, antérieure, écarte le sterno-cléido-mastoidien pour suivre les vaisseaux du cou ; l'autre, postérieure, passe derrière le muscle. Ici on va directement avec le doigt dilacérer les tissus sous-jacents pour tomber dans le triangle. La première est plus difficile mais débride en même temps la région sous hyoidienne ; la seconde est plus directe et est la méthode de choix dans les interventions hâties.

2^e L'administration du chloroforme est absolument contre-indiquée. Un malade est mort sur la table d'opération ; chez le second, on dut recourir à la trachéotomie à travers des tissus gravement infectés, et le troisième ne sortit d'un accident de narcose que grâce à des inhalations prolongées d'oxygène et à la respiration artificielle.

La mort serait due non seulement à la compression du pneumo-gastrique au cours des phénomènes d'excitation dus à la narcose, mais encore au mauvais état du cœur et des organes splanchniques profondément altérés.

TRÉTRÔP (Anvers) estime que l'amygdale linguale peut parfaitement servir de porte d'entrée à l'infection des tissus du cou. Il a eu l'occasion de soigner deux cas d'infection semblables, au début, et de les guérir par l'institution d'un traitement local.

CHEVAL fait remarquer combien fréquentes sont les morts par inhibition, inexpliquées la plupart du temps, dans les cas de l'espèce.

Il rappelle que, chez le chien, une goutte de chloroforme appliquée sur le pneumo-gastrique suffit pour provoquer la mort.

II. — *Présentation d'instruments.*

BROECKAERT (Gand). — **Pinces œsophagiennes.** — L'auteur présente des pinces coudées, destinées à remplacer celles de Killian, pour retirer les corps étrangers de l'œsophage. Moins que les instruments du professeur de Fribourg, elles masquent le champ opératoire ; elles sont bien en main et se montent et se démontent rapidement, se plaçant sur un manche universel dans le genre de celui de Krause.

HEYNINX (Bruxelles). — **Disciseur à l'emporte-pièce.** — Combinaison du plicotome de Lermoyez et des ciseaux de Vacher.

HEYNINX. — **Instillateur oto-tubaire.** — Rejetant systématiquement les injections de liquides par le cathéter, l'auteur a adapté une sonde de Weber-Liel à une seringue dont le piston est muni d'une vis de réglage.

C'est, en somme, l'instillateur de Guyon appliqué et proportionné à la trompe d'Eustache.

Séance du dimanche 9 juin, à l'hôpital Saint-Pierre.

III. — Présentation de malades.

VAN DEN WILDENBERG. — **Malade opérée de pansinusite unilatérale gauche avec exophthalmie et névrite optique.** — La malade atteinte de polysinusites gauches depuis deux ans, fut frappée subitement d'exophthalmie et de cécité presque complète.

L'auteur s'attendait à trouver l'explication de ce dernier accident dans une névrite optique brusque, en rapport avec les phénomènes phlegmoneux de la cavité orbitaire.

Mais l'examen ophtalmoscopique démontre qu'il n'en était rien et qu'il s'agissait d'une névrite rétro-bulbaire ancienne avec troubles circulatoires et atrophie prononcée de la papille. Le diagnostic de pansinusite unilatérale gauche put être ainsi posé avec exactitude et fut confirmé par l'intervention qui permit de reconnaître une carie de la paroi externe du sinus sphénoïdal. La guérison fut parfaite à part la cécité qui persiste.

VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — **Deux enfants en bas âge traités de papillomes du larynx par la méthode de Killian.** — Le 1^{er} cas concerne un enfant de 17 mois atteint de raucité de la voix et d'une légère dyspnée. Tous les examens au miroir échouèrent.

L'auteur eut alors recours à la méthode d'examen directe de Killian et constata la présence d'un papillome inséré à l'angle des cordes vocales. Il existait une seconde tumeur de même nature, sessile, sur la corde vocale droite. Les deux tumeurs furent enlevées directement sous narcose chloroformique.

Le 2^e cas se rapporte à un enfant de 18 mois. Ici encore l'auteur fut obligé de recourir à la méthode d'examen direct. Le larynx fut trouvé presque complètement comblé de papillomes. L'enlèvement du plus gros de ceux-ci produisit un accès d'asphyxie, et l'auteur fut forcé de pratiquer la trachéotomie. Dès le lendemain, il enleva encore plusieurs papillomes, et trois jours plus tard il termina par l'ablation des derniers néoplasmes situés, ceux ci, sous les cordes vocales. La canule fut dès lors enlevée et depuis l'intervention, la dyspnée a disparu complètement et la voix tend à devenir normale.

L'auteur insiste sur l'utilité de la méthode de Killian et prévoit que dans l'avenir celle-ci remplacera, même chez l'adulte, les méthodes indirectes.

VAN DEN WILDENBERG. — **Malade ayant subi l'ablation du maxillaire supérieur et de l'ethmoïde pour cancer.** — Le titre résume suffisamment cette intervention. L'auteur insiste surtout sur la large exérèse à laquelle il dut avoir recours pour enlever complètement la tumeur et les métastases ganglionnaires. La ligature de la carotide externe fut pratiquée. Résultat excellent, la vision s'est bien maintenue.

DELSAUX (Bruxelles). — **Série de malades opérés de polysinusites de la face.** — Cinq malades, dont quatre furent montrés à la dernière réunion de la Société belge d'oto-laryngologie, furent opérés par la méthode de Mouré, c'est-à-dire par incision des téguments, résection des os propres et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et de toute la paroi interne de l'autre d'Highmore, de l'ethmoïde et, dans certains cas, de la paroi inférieure du sinus frontal et de la cloison antéro-inférieure du sinus sphénoïdal.

Tous ces malades sont restés guéris jusqu'ici.

Certains d'entre eux font des croûtes et doivent encore faire des lavages du nez ; d'autres ne prennent aucun soin spécial.

Quant aux traces extérieures de l'opération et aux déformations qu'elle entraîne, elles sont réellement négligeables.

L'auteur a tenu à représenter ces malades afin de démontrer que l'opération ne donne pas seulement des résultats esthétiques, mais aboutit définitivement à la guérison.

GONIS (Bruxelles). — **Malade opérée en une seule séance de double sinusite fronto-ethmoïdale et maxillaire gauche.** — Il y a lieu de remarquer tout d'abord que le bon résultat obtenu au point de vue plastique est dû à la *résection totale de la paroi antérieure coupée en biseau, de façon à ce que la peau ne fasse pas un angle brusque à ce niveau*. L'auteur ne pratique plus le procédé de Killian, attendu que la conservation de la bandelette osseuse du rebord orbitaire n'en contribue en rien à améliorer l'aspect post-opératoire de la face ; il ne retient du procédé de Killian que la résection de l'apophyse montante dont l'enlèvement assure le nettoyage complet des cellules ethmoïdales antérieures.

En cas de double opération sur les sinus frontaux, il faut éga-

lement tailler artistiquement les os de la racine du nez qui ne peuvent faire saillie sous peine de défigurer le malade.

Goris. — **Malade ayant subi l'extirpation totale du larynx il y a plus de trois ans.** — Cette malade doit son salut à ce que le médecin traitant a reconnu immédiatement la tumeur et que celle-ci a pu être opérée sur le champ.

C'est la seule des douze extirpations du larynx faites par Goris qui lui soit arrivée en temps utile : c'est aussi la seule qui soit restée guérie.

Goris. — **Malade ayant subi il y a trois ans la résection temporaire de la narine droite pour extirpation d'un sarcome à point de départ ethmoidal.** — L'ethmoïde et la tumeur furent enlevés en une seule masse.

L'auteur fait remarquer que pour faciliter l'opération il fit une incision transversale de la joue dans la direction de l'épanouissement des fibres du facial. Aussi le malade a-t-il gardé intacte la mobilité de la paupière inférieure. Une suture endodermique a fait disparaître toute trace de cette incision. Depuis l'opération le malade est resté complètement guéri.

Goris retrace rapidement l'histoire d'un malade actuellement âgé de 75 ans, auquel il fit, il y a sept ans, après division médiane du maxillaire inférieur, l'*extirpation des trois quarts antérieurs de la langue et du plancher buccal pour un épithélioma*.

Ce malade qu'il aurait voulu montrer à l'assemblée est également resté parfaitement guéri.

Goris. — **Malade opéré il y a vingt et un mois pour sarcome de la fosse temporo-zygomatique.** — La tumeur s'étendant depuis l'orbite jusqu'au trou déchiré postérieur, dont l'auteur enleva le pourtour externe. La guérison s'est maintenue. Port d'un appareil prothétique. Goris a tenu à parler de ces cas pour prouver, une fois de plus, que le cancer pris à temps et largement opéré peut parfaitement ne pas récidiver.

Discussion.

CAPART père. — Dans un cas opéré, il y a de nombreuses années, chez une femme à laquelle il avait pratiqué la résection complète des deux maxillaires supérieurs, après une guérison apparente de plus de quatre ans, il fut, sur le désir de la malade,

appliqué un appareil prothétique. Moins de quatre mois après, une récidive s'était produite qui, très rapidement, emporta la malade. Il est donc prudent de s'abstenir de toute prothèse post-opératoire.

CHEVAL croit, comme CAPART vient de le rappeler, que l'application de pièces prothétiques peut ramener la récidive. Toutefois et malheureusement ce n'est pas là la seule cause de récidive.

GORIS est parfaitement convaincu du rôle étiologique du traumatisme dans le cancer. Mais il pense que dans le cas cité par Capart, le sarcome s'est reproduit parce que sarcome. Le rôle étiologique de la prothèse n'est pas frappant.

A. FALLAS (Bruxelles). — Chéloïdes du lobule des oreilles. — Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, sujette à des crises épileptiques dans son enfance et à qui on perça les oreilles à l'âge de 7 mois. Il se développa bientôt autour de l'orifice ainsi créé des petites tumeurs recouvertes de peau saine et tout à fait indolores, qui l'empêchèrent de porter des boucles.

Vers l'âge de 14 ans, et sur le conseil d'un médecin, on créa un nouveau tunnel à travers les nodules existants. Ceux-ci grossirent considérablement et furent enlevés en 1905. Mais la récidive se produisit dans la cicatrice, suivie d'une nouvelle intervention chirurgicale, en février 1906.

En mars 1907, elle se présenta à l'hôpital Saint-Jean porteuse de deux tumeurs, du volume d'une noisette, d'une dureté cartilagineuse, légèrement bosselées, recouvertes d'une peau rouge violacée, amincie, sillonnée d'un lacinis important de petits vaisseaux, et intimement adhérente aux tissus sous-jacents. Ces tumeurs sont indolores, même à la pression, mais deviennent à certains moments le siège d'un prurit très intense. La malade fut soumise à des injections de fibrolysine, combinaison chimique de thiosiamine et de salicylate de soude, qui jouirait de propriétés résolutives sur les tissus cicatriciels. Vingt-cinq injections n'ayant amené aucun changement, l'auteur serait heureux d'avoir l'avis des Membres de la Société, sur l'opportunité de l'électrolyse dans le cas présent.

A. FALLAS (Bruxelles). — Quelques cas de paralysie des cordes vocales. — Si les paralysies récurrentielles sont une lésion commune, les causes qui la produisent sont multiples et souvent difficiles à diagnostiquer. Parmi celles-ci, l'adénopathie trachéobronchique doit être une des plus fréquentes, étant donné la

multiplicité des affections bacillaires en général et du poumon en particulier. C'est le groupe ganglionnaire prétrachéo-bronchique gauche, logé entre la trachée et la première grosse bronche d'une part, et la crosse aortique, que vient contourner le récurrent, d'autre part, qui est la cause de la paralysie. Mais il s'agit là d'un diagnostic clinique très difficile, et qui ne nécessite rien moins que l'expérience et l'attention d'un praticien consommé. Heureusement que nous possédons, depuis quelques années, dans l'emploi des rayons X un puissant moyen de diagnostic auquel nous ne devrions jamais manquer de recourir en présence d'une paralysie récurrentielle. Ce n'est nullement à dire que l'exploration clinique doive perdre ses droits, car seul un ensemble symptomatique peut fournir une indication sérieuse.

OBSERVATION I. — W..., Ch., 33 ans, tailleur, toussote depuis trois ans, et depuis deux ans il est sujet aux enrouements. Le 9 février dernier il est pris d'une terrible crise dyspnéique, avec paralysie de la corde vocale gauche, nécessitant une trachéotomie. La radioscopie confirme le diagnostic clinique de bacille des deux sommets, et décièle un amas considérable de ganglions dans le médiastin.

OBS. II. — Sch..., Charles, 40 ans, menuisier, a vu sa voix s'altérer rapidement après un rhume. Elle est nettement bitonale. La corde gauche est paralysée en position intermédiaire.

On ne constate à l'examen thoracique qu'un peu de rudesse respiratoire du sommet droit. On ne trouve pas de signes d'anévrisme de l'aorte autre qu'une douleur assez forte dans l'épaule gauche. Le traitement spécifique ne donne rien. L'examen radioscopique, qui ne peut être obtenu que dix mois plus tard, alors que la tuberculose des sommets est devenue évidente, montre l'existence de ganglions médiastinaux.

OBS. III. — St..., Hélène, 47 ans, tailleuse, est vue pour la première fois en juillet 1904. Elle présentait à ce moment une paralysie complète de la corde vocale gauche et toute une série de ganglions du cou, durs, rouges, douloureux au toucher. Elle présentait à la langue une petite érosion superficielle sans caractère. Elle était en traitement depuis deux ans pour bacille des sommets, et l'état général était très mauvais. Le traitement mercuriel (sirop de Gibert) institué comme pierre de touche amena une amélioration sensible de l'état général mais non de la paralysie.

La malade ne fut revue qu'en novembre 1906, porteuse d'une sclérose linguale syphilitique avec deux gommes à la période d'état : l'une fermée l'autre déjà ulcérée. La paralysie de la corde

vocale restait dans le même état ; l'examen radioscopique révéla de l'obscurité des deux sommets et du médiastin.

Des injections de calomel amenèrent la disparition de la gomme fermée, la cicatrisation de l'ulcère et une augmentation notable de la mobilité de la corde vocale.

Il est probable qu'il s'agit dans ce cas d'une affection mixte ; la diathèse syphilitique, attaquée par un traitement intensif, est seule influencée, ce qui explique le retour partiel de la motilité.

FALLAS (Bruxelles). — Quelques cas de sténose du conduit auditif externe.

OBSERVATION I. — Rod..., Aimé, 10 ans, porteur d'une grosse végétation adénoïde, d'une suppuration ancienne de l'oreille gauche, avec perforation de Schrappnel et large destruction du tympan, est évidé le 6 février 1903, après adénotomie et enlèvement des osselets suivis de plusieurs mois de pansements par le conduit auditif. Celui-ci est largement réséqué et la plaie rétro-auriculaire suturée immédiatement. A partir du 20 février, le conduit commence à se sténoser et se ferme presque totalement vers la fin de mars. L'enfant disparaît et nous ne le revoyons que quelques jours avant la réunion de la Société, croyant montrer une sténose complète. A notre grand étonnement, nous constatons que sous l'influence du repos elle a considérablement diminué, au point qu'elle permet l'inspection de toute la cavité opératoire remplie de lamelles épidermiques, qui sont enlevées après instillation de vaseline liquide.

OBS. II. — R..., Marie, 15 ans, est évidée le 28 septembre 1906 pour cholestéatome et fistule mastoïdienne datant de l'enfance ; l'opération est terminée par une résection large du conduit avec une suture immédiate après excision du trajet fistuleux. Cependant, malgré des pansements journaliers, le conduit se rétrécit au point qu'au commencement de décembre l'inspection de la cavité opératoire devient impossible. On fait une nouvelle intervention au cours de laquelle on abat autant qu'il est utile du massif du facial et on résèque le conduit membraneux jusqu'à la conque. L'orifice permet facilement le passage de l'index, et cependant le 11 janvier, la sténose s'est reproduite et nécessite une nouvelle intervention.

Cette fois, la plaie rétro-auriculaire reste ouverte, constituant ainsi une soupe de sûreté. La sténose, depuis, s'est encore reproduite, absolument complète.

OBS. III. — D... Joseph, 4 ans, fut opéré de mastoïdite post-

scarlatineuse dans un service de chirurgie, mais la guérison ne se produisit pas, et quatre mois plus tard il fut évidé à la clinique de l'Hôpital Saint-Jean. La plaie rétro-auriculaire fut laissée ouverte et la plastique du conduit remise à une séance ultérieure. Celle-ci fut pratiquée un mois plus tard de même que la suture rétro-auriculaire. Mais le conduit se sténosa et il s'établit une fistule rétro-auriculaire, par où un stylet rencontra de l'os dénudé au voisinage du sinus. Curettage et nouvelle résection du conduit jusqu'à la conque suivie de récidive, tant de la suppuration osseuse que de la sténose, qui est actuellement complète.

OBS. IV. — L..., Louise, 14 ans, tailleuse, fut évidée le 25 avril, pour mastoïdite chronique fistulisée par le massif du facial à la région postérieure du conduit ; l'opération fut terminée par la résection large du conduit et fermeture rétro-auriculaire immédiate. Au milieu du mois de mai, le conduit se sténosa rapidement. C'est alors que l'on eut l'idée de faire de la dilatation au moyen de tampons de gaze imbibés de collargol à 5 %. Actuellement, après trois semaines de ce traitement, il existe une amélioration sensible.

L'auteur se demande si la cause de ces sténoses ne réside pas précisément dans le fait que la résection est trop considérable et s'étend jusque trop près du méat, car c'est là qu'elles se sont toutes produites.

Le fait de la disparition de la sténose après cessation de tout traitement n'est pas rare, et plusieurs cas en ont été rapportés. L'auteur serait heureux d'avoir l'avis de ces collègues sur ce qu'il y aurait à tenter contre elles.

BROECKAERT (Gand). — **Malade opéré d'endothéliome du sinus maxillaire.** — Il s'agit d'un malade qui vient consulter l'auteur en décembre 1905, pour une petite masse fongueuse qui s'étendait dans le méat inférieur droit.

Il n'y avait guère d'autres symptômes que ceux d'un catarrhe nasal, sans la moindre fétidité.

Croyant avoir affaire à un simple papillome ou peut-être à un granulome lupique, Broeckaert en fit l'exérèse à la curette.

En très peu de temps les bourgeons s'étaient reproduits. L'analyse microscopique démontre qu'il s'agissait d'un granulome, sans le moindre indice de gravité. La tumeur fut de nouveau enlevée, mais elle se reproduisit très rapidement. L'auteur se décida alors à pratiquer une opération radicale, surtout que la diaphanoscopie donnait une tache obscure à droite.

Il enleva à la gouge la paroi antérieure du sinus maxillaire et put ainsi se convaincre que le sinus était en partie rempli de fongosités ; celles-ci furent curetées et une large communication nasale fut établie. Les fragments enlevés démontrèrent cette fois qu'il ne s'agissait plus d'un granulome, mais bien d'une endothéliome. Malgré tous les efforts de l'auteur, la récidive se fit ; la tumeur s'est infiltrée déjà dans le labyrinthe éthmoidal, dans le sinus sphénoïdal et dans le cavum ; son développement est très rapide et la mort n'est plus qu'une question de semaines.

Broeckaert pense que les cas de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on le suppose et que beaucoup de cancers ou de sarcomes ne sont en réalité que des endothéliomes.

BROECKAERT. — **Malade opérée de névralgie rebelle du trijumeau par arrachement des gros troncs du nerf à la base du crâne.** — Malade, âgée de 53 ans, présentant des crises atroces de névralgie du trijumeau se répétant à des intervalles de plus en plus rapprochés. Tous les moyens médicaux ayant échoué, l'auteur pratiqua, comme la névralgie n'intéressait à ce moment que la deuxième branche du trijumeau, l'arrachement de ce tronc nerveux à la partie du crâne par le trou grand rond. Les suites opératoires furent excellentes, et pendant plus d'un an la guérison fut parfaite. Petit à petit survinrent alors de nouvelles douleurs dans les régions innervées par la troisième branche. Broeckaert pratiqua l'arrachement de celle-ci au niveau du trou ovale, et depuis lors la guérison fut complète.

En présentant cette malade, l'auteur a tenu à montrer les résultats que l'on peut obtenir par l'arrachement des gros troncs nerveux, alors que pour la plupart des chirurgiens l'extirpation du ganglion de Gasser est la seule façon rationnelle de traiter les névralgies rebelles.

CHEVAL (Bruxelles). — **Un cas de perforation traumatique du tegmen tympani avec blessure des méninges et du cerveau par pénétration d'un corps étranger.** — A la sortie d'une église, un petit gamin de 11 ans fut terrassé par ses compagnons, et tandis que les uns le maintenaient, un autre lui enfonçait dans l'oreille gauche une baleine de parapluie ; ceci se passait le 18 mai. Le petit blessé rentra chez lui et ne fit aucune confidence à ses parents. Mais dès le lendemain la mère s'aperçut d'un écoulement de sang par l'oreille et l'enfant fut amené à la consultation de l'hôpital Saint-Pierre le mardi 21 mai. Des caillots de sang ob-

truaient le conduit auditif gauche ; le tympan n'était pas altéré ; dans l'épi-tympan se trouvait une perforation obstruée par un caillot. L'enfant fut hospitalisé d'urgence et tenu en observation. Le soir la température était de 39°7.

Le 22 mai. — Température 39°6 le matin ; 40° le soir. La journée avait été très agitée et on constata que le petit malade présentait du strabisme convergent, ce qui, joint aux autres signes, fit sonner à une méningite de la base.

L'examen du fond de l'œil pratiqué par Gallemans ne donna aucun signe d'hypérmie ni d'œdème de la pupille.

La ponction lombaire démontra qu'il y avait une réaction méningée très manifeste.

Les symptômes ne s'étant pas amendés, l'auteur intervint le 25 mai. Il pratiqua une large résection de l'écaille du temporal, de la paroi supérieure du conduit et du toit de la caisse. Une perforation existait à ce niveau, correspondant à une déchirure de la dure-mère dont une des veines était thrombosée. Une sonde cannelée pénétra sans le moindre effort dans la substance cérébrale et permit l'écoulement d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien. Immédiatement après cette quantité de liquide le cerveau qui, par suite de l'hypertension considérable, ne battait plus, se remit à battre. Profitant de l'existence de cette fistule cérébro-tympanique, Cheval pensa à la possibilité d'une collection purulente mais il ne la trouva pas. Il ponctionna ensuite le ventricule latéral ; du liquide légèrement trouble s'écoula en assez grande quantité. Le trajet fistuleux du cerveau fut ensuite drainé au moyen d'une bande de gaze iodoformée ; un pansement légèrement compressif fut appliqué.

Le 26 mai. — Température redevenue normale ; paralysie du droit externe disparue.

Le 29 mai. — Une analyse du liquide céphalo-rachidien démontre l'absence complète d'éléments figurés. Depuis lors, à part une légère hyperthermie passagère, tous les symptômes alarmants ont disparu, et l'enfant se trouve en bonne voie de guérison. Cheval insiste sur la rareté du cas dont il n'a pu retrouver d'exemple dans la littérature médicale qu'un seul cas relaté il y a quelques années par Schiffers, de Liège et dont l'issue a été funeste.

Discussion.

Schiffers (Liège) a, en effet, enregistré un cas analogue : un éclat de fonte avait, chez un ouvrier fondeur, traversé le tympan,

lésé le labyrinthe et déterminé consécutivement la mort par méningite. Schiffers croit se rappeler également que Cozzolino, de Naples, a donné communication d'un cas du même genre au Congrès international d'Otologie, à Paris, en 1889.

DELSAUX (Bruxelles). — Les cas de l'espèce sont certainement bien rares ; il n'a pu en retrouver qu'un seul dans la littérature médicale ; il est dû à Ballage et a été publié dans l'*Orvosi Hetilap*, no 46, 1891. C'est celui d'un ouvrier qui s'enfonça accidentellement un tuyau de pipe à travers le tympan et le *tegmen tympani* jusqu'au cerveau. La mort s'ensuivit. A l'autopsie on trouva un foyer de ramollissement dans la matière cérébrale.

Delsaux croyait pouvoir apporter à ses collègues quelques cas semblables en lisant le titre d'une thèse inaugurale présentée à l'Université de Marbourg, en 1876 : *Ueber die Verletzungen des Hirns vom außeren Gehörorgane aus*. Malheureusement le titre ne correspond nullement au texte du travail, puisque l'auteur de cette thèse n'a envisagé que les fractures du conduit et du *tegmen* par traumatisme du crâne.

COLLET (Bruxelles). — **Kyste suppuré de la bourse muqueuse pré-laryngienne.** — Un homme de 30 ans environ avait vu se développer au-devant du cou, une tumeur qui fut prise pour adénite et soignée comme telle jusqu'au moment où apparut de la fluctuation. Une incision vida la poche, mais le liquide se reproduisit malgré deux nouvelles ponctions.

Il se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Jean au moment où une nouvelle poussée inflammatoire s'était produite. On incisa et on draina, sans résultat, d'ailleurs.

Le malade fut hospitalisé et on réséqua alors complètement la bourse muqueuse pré-laryngienne, car c'était en réalité un *hygroma suppuré*. L'auteur insiste sur la délicatesse de l'opération et sur la nécessité d'enlever le récessus de la bourse muqueuse qui se trouve derrière l'os hyoïde.

COLLET (Bruxelles). — **Carcinome du sinus maxillaire.** — Ce malade fut amené à la consultation par Gallemarts, pour affection suppurée du sinus frontal. La transillumination et l'examen du nez indiquèrent une participation ethmoïdale et maxillaire.

A une première opération, on fit la cure radicale de la polynuise et au cours de l'intervention, Gallemarts fit remarquer que le sinus maxillaire contenait une matière grise, caséuse, de mauvais aspect.

Tout alla bien d'abord, mais au bout de deux mois environ, l'obstruction nasale s'était reproduite.

Dans une deuxième intervention, Delsaux cureta à fond l'antre d'Highmore, fit la résection de sa paroi antérieure presque complètement et abrasa une partie de sa paroi externe, rugina le plancher de l'antre et referma la plaie opératoire.

Des pansements bi-hebdomadaires au collargol à 10 % et des lavages bi-quotidiens au sérum artificiel semblent avoir maintenu, jusqu'ici, la guérison.

ROLLAND (Bruxelles). — *Carie du rocher. Abcès périsinusal. Thrombose du sinus latéral gauche. Pneumonie septique droite. Évidement pétro-mastoïdien. Excision du sinus latéral. Guérison.* — L'observation que donne l'auteur se rapporte à un enfant de 10 ans, otorréique depuis l'âge de 3 ans, qui fut pris subitement, en février dernier, d'un violent frisson, de fièvre intense et de céphalée. Le petit malade fut opéré par Cheval, à l'hôpital Saint-Pierre. L'apophyse mastoïde fut évidée, le sinus latéral mis à nu, baignait dans une nappe de pus. — Il est à remarquer que le sinus avait conservé sa coloration normale et que ses battements étaient très manifestes. — Quelques jours après cette première intervention la fièvre se ralluma et la coloration du sinus devint nettement feuille-mort. Devant ce signe évident de thrombose, Cheval se décida à réséquer le vaisseau sur une étendue de plusieurs centimètres. La jugulaire ne fut pas ligaturée. Trois jours après cette deuxième intervention une pneumonie septique du lobe supérieur droit du poumon se déclara ; mais malgré cette complication, l'enfant guérit très rapidement.

La ligature de la jugulaire eût-elle, dans ce cas, empêché la pneumonie ? Rolland ne le croit pas car le transport des germes septiques pouvait se faire par d'autres voies et cela même si l'on eût pratiqué la ligature de la jugulaire.

L'auteur pense que les indications de cette opération deviennent de plus en plus rares et il insiste sur la présente observation qui confirme en tous points les conclusions émises l'an dernier par Moure, de Bordeaux :

1^o Le sinus infecté est animé de battements la plupart du temps violents ou isochrones aux battements du pouls et par conséquent le sinus qui bat doit être considéré comme malade.

2^o La ligature systématique de la jugulaire infectée est un acte opératoire inutile pour arrêter l'infection provenant d'une phlébite suppurée du sinus latéral.

Discussion.

DELSAUX (Bruxelles) estime que dans le cas relaté par Rolland, la ligature de la jugulaire n'aurait pas empêché l'évolution de la pneumonie. Il partage également les conclusions émises à ce point de vue par Moure.

DELSAUX (Bruxelles). — **A propos de 6 cas de thrombo-phébite des sinus craniens d'origine otique.** — Après avoir, en quelques mots, fait l'historique du traitement des thrombo-phlébites sinusiennes et montré l'évolution qu'il a suivie depuis Zaufal jusqu'à nos jours, l'auteur émet l'opinion que l'oto-chirurgien doit distinguer les cas où il faut ligaturer, ceux où il doit s'abstenir. A son avis, la ligature de la jugulaire s'impose quand il y a thrombose manifeste au cou, et alors il ne faut pas hésiter et lier très tôt et très bas, dans le voisinage de la clavicule. S'il n'y a pas de signes au cou, on peut s'abstenir de faire la ligature à condition d'avoir ouvert largement la mastoïde et le sinus.

Quant à l'opération du bulbe, elle est difficile, compliquée et ne donne pas toujours les succès que Grunert avait fait espérer.

Revenant sur la pathogénie de la thrombo-phlébite, Delsaux insiste sur le fait que cette affection s'accompagne presque toujours de périphlébite. Or, il est très difficile de dire si la périveine est entreprise ou non et cependant il est très important de le savoir car, d'après les expériences de Vaquez et de ses élèves, si on lie une veine atteinte de périphlébite, même si cette veine n'est pas thrombosée, la ligature détermine un foyer de thrombo-phlébite.

Ce fait explique les insuccès et les méfaits de la ligature mal appliquée ou intempestivement faite. Il jette aussi la lumière sur les insuccès de la transirrigation préconisée par certains auteurs pour guérir la thrombo-phlébite. Ceux-ci ont le tort de considérer veine et sinus comme des tuyaux à parois inertes.

Discussion.

TRÉTRÔP (Anvers) est d'avis qu'au point de vue bactériologique, la ligature de la jugulaire est une utopie. Les voies lymphatiques et sanguines, les vaso-vasorum ne manquent pas pour permettre aux germes infectieux de se diffuser.

CHEVAL insiste sur l'importance des voies de communication qui

permettent, en supposant qu'une ligature ait été placée sur la jugulaire l'infection facile du sang, et par suite le transport des germes infectieux. Après avoir été ligaturiste convaincu, il a renoncé complètement aujourd'hui à cette pratique.

HENNEBERT (Bruxelles) croit qu'il ne faut pas être trop absolu. Dans certains cas la ligature s'impose. Il cite à l'appui de son opinion un cas de phlegmon ligneux du cou qui aurait pu être évité si la jugulaire avait été ligaturée.

CAPART fils (Bruxelles), se plaçant au point de vue anatomique, signale l'importance du sinus latéral droit, ce qui semble expliquer la prédominance des affections sinusniennes de ce côté.

TRÉPORT (Anvers). — **Vaste épithélioma de la région auriculaire opéré avec succès chez un vieillard de 80 ans.** — L'auteur a enlevé par une intervention très rapide, sous chloroforme, toute la région auriculaire droite pour un épithélioma qui provoquait des douleurs intolérables chez un vieillard de 80 ans. La plaie s'est cicatrisée régulièrement, grâce à des pansements très fréquents évitant toute cause d'irritation cutanée. Après six semaines de soins, la cicatrisation complète est bien près d'être achevée et les douleurs ont disparu. L'auteur est prêt à curetter où à électrolyser les noyaux de récidive qui pourraient survenir; car vu la grande étendue du néoplasme, celle-ci est à redouter. L'âge du malade n'est donc pas une contre-indication opératoire.

CAPART fils (Bruxelles). — **Un cas de guérison fonctionnelle après une cure radicale d'otorrhée.** — Une jeune fille d'une vingtaine d'années, atteinte d'otorrhée chronique, fut traitée médicalement, mais sans résultat. L'auteur pratiqua la cure radicale; une guérison rapide s'ensuivit avec formation d'un pseudo-lympa et amélioration considérable de la faculté auditive.

CAPART fils. — **Un cas de laryngectomie guéri depuis trois ans.** — Ce malade a déjà fait l'objet d'une communication à la Société de laryngologie. L'auteur a simplement tenu à le remontrer afin que l'on puisse constater sa guérison.

BUYS (Bruxelles). — **Laryngectomie pour épithélioma, remontant à quinze mois. Pas de récidive.** — Un homme de 50 ans était atteint d'épithélioma de la moitié du larynx sans participation ganglionnaire. L'auteur fit l'enlèvement du larynx après trachéotomie. Il suture immédiatement la plaie opératoire. Buys

présente le malade qui n'offre pas la moindre trace de récidive quinze mois après l'opération ; son état de santé est excellent.

HUET, chef du service dentaire à l'hôpital d'Ixelles (Bruxelles) a bien voulu s'occuper de la prothèse laryngée. Il donne à ce propos quelques détails sur l'historique du sujet et rappelle que le larynx artificiel a été imaginé par Gussenbauer et modifié par Bruns et Wolff ; il cite le dispositif ingénieux préconisé par Gluck ; celui de A. Martin, et enfin l'appareil de Delair qui, sans atteindre la perfection d'un larynx naturel, résume ce que l'on a fait de mieux jusqu'ici.

Ce larynx artificiel est composé de trois parties : une boîte à clapet trachéal, une pièce palatine creuse et une glotte artificielle qui produit les sons à l'aide d'un appeau de caoutchouc tendu sur un tuteur en forme de croissant.

Huet montre l'appareil qu'il a fabriqué pour le cas présent en le modifiant dans certains détails, notamment en substituant une anche métallique à l'appeau de caoutchouc.

Cette modification a surtout pour but de rendre la phonation plus aisée puisque l'anche métallique, pour entrer en vibration, nécessite une pression d'air moindre que l'appeau de Delair.

Puis il place l'appareil au malade et fait ressortir combien doit être longue et patiente l'éducation phonétique du malade qui souvent se rebute en constatant les imperfections du larynx artificiel et la difficulté qu'il y a à s'en servir convenablement.

Le patient prononce ensuite quelques phrases démontrant ainsi la possibilité de se faire comprendre par l'entourage.

Ce résultat, tout imparfait qu'il soit, est cependant encourageant.

BUYS. — Sinusite maxillaire caséeuse, guérison par élimination d'un séquestre de la paroi externe du méat inférieur. — Femme de 30 ans, atteinte de sinusite maxillaire droite depuis plusieurs années. Ponction et lavage par le méat inférieur. Quatre jours plus tard, élimination spontanée d'un séquestre de la paroi ponctionnée. Guérison avec persistance d'une large communication entre le nez et le sinus.

BUYS. — Paralysie faciale due à la lésion du nerf dans la partie inférieure du canal de Fallope. Guérison. — Il s'agit d'une malade atteinte d'otorrhée chronique avec labyrinthisme et présentant une paralysie des deux branches du facial du même côté.

La cure radicale fit disparaître les accès de labyrinthisme mais

n'influença pas la paralysie. Plus tard, Buys découvrit une fistule au fond du conduit. Un stylet introduit jusqu'au fond de cette fistule provoquait des contractions du nerf. L'auteur élargit le trajet, le curetta, fit des pansements fréquents et la guérison s'en suivit.

JAUQUET (Bruxelles). — **Deux cas de polypes naso-pharyngiens.** — L'auteur présente deux malades opérés dans le service de Delsaux pour polype naso-pharyngien.

Les méthodes suivies furent totalement différentes. Le premier fut enlevé par la voie transfaciale ; le second par les voies naturelles. A cette occasion Jauquet passe rapidement en revue les différents procédés et les circonstances qui justifient l'emploi de l'une ou l'autre de ces méthodes. Il rappelle incidemment l'ancienneté relative des procédés transfaciaux qui passent, aux yeux de beaucoup de rhino-chirurgiens, pour avoir été imaginés tout récemment.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Séance du 9 février 1906 (1).

Président : FRAENKEL.

Secrétaire : ROSENBERG.

KUTTNER. — **A propos du cas de tuberculose du larynx discuté dans la dernière séance.** Après avoir pris des informations sur le cas discuté à la dernière séance, à la suite de la communication de Lennhoff, Kuttner doit admettre que ce cas a eu une évolution moins fâcheuse que d'habitude. La tuberculose du larynx subit toujours une aggravation du fait de la grossesse, mais, malgré tout, dans le cas de Lennhoff, des lésions, petites^{au} au début, sont devenues graves à la fin de la grossesse, et surtout après l'accouchement.

(1) Compte-rendu par LAUTMANN, d'après le *Berliner klinische Wochenschr.*, n° 39, 1906.

JACOB. — **Fracture récente des deux os nasaux.** — Un malade a reçu un coup de poing sur le nez, allant d'en arrière à droite vers le côté gauche. Le lendemain, Jacob peut constater une suffusion sanguine dans la région infra-orbitale des deux côtés et, à la racine du nez, une déviation du dos du nez avec convexité à gauche et la pointe du nez à droite.

La tuméfaction était très grande. On pouvait admettre la fracture, mais il était difficile de dire si l'os nasal était fracturé, si le cartilage triangulaire était séparé du maxillaire, si ces lésions étaient uni ou bilatérales, si le septum était lésé et s'il n'y avait pas combinaison de ces lésions.

Après avoir massé les parties, Jacob a pu constater que les deux os nasaux étaient fracturés dans leur partie inférieure, avec déviation de droite à gauche. A droite, on trouve, en conséquence, une dépression et, à gauche, une élévation. Là, un petit col est en formation. Une petite crépitation au-dessous du col permet d'admettre que le cartilage triangulaire est séparé. Un Röntgogramme confirme ces lésions.

LENNHOFF. — **Lichen de la muqueuse buccale.** — Présentation des photographies des cas décrits dans la dernière séance.

Discussion.

MEYER dit que les reproductions montrées ne correspondent pas aux cas présentés à la deuxième séance, et qu'elles ne ressemblent pas au lichen (ruber).

BÖYER a vu les malades présentés par Lennhoff. Chez la jeune fille, il a fait le diagnostic de syphilis. En faveur du lichen est caractéristique la formation de petits nodules. Quand les nodules manquent, le diagnostic est douteux.

LENNHOFF. — Les affections de la muqueuse buccale sont toujours difficiles à diagnostiquer. Ce qui l'a décidé à admettre le diagnostic de lichen dans le cas de la jeune fille, où le diagnostic de syphilis paraissait probable, étaient l'existence de lésions formant mailles, l'apparition de quelques points élevés et l'effet de la médication arsenicale. Ni les ganglions existants, ni les douleurs dans la bouche dont se plaint la malade ne sont caractéristiques.

FRAENKEL. — Présentation d'une gravure montrant une pharyngoscopie au XVIII^e siècle, d'après un tableau de P. Longhi.

KUTTNER. — **Remarques critiques sur la question du récurrent.**

— Le travail de Grossmann, paru en 1897, dans lequel il essaye d'exhumer la théorie de Wagner, a été le point de départ de nouvelles recherches. A ces recherches, nous devons de distinguer la position cadavérique de la corde chez le cadavre, et la soi-disant position cadavérique dans la paralysie du récurrent. Grâce à ces recherches, nous savons que dans la respiration, tant forcée que normale, le posticus agit en synergie avec tous les adducteurs. Nous savons que l'exclusion du posticus chez l'animal n'occasionne pas la position médiane de la corde, et que l'exclusion de deux postici n'amène pas la suffocation de l'animal. Enfin, les expériences de Frese nous ont montré que les agents chimiques, que le refroidissement lent du récurrent, etc., attaquent en premier les fibres se rendant à l'abducteur.

La théorie de Semon a été fixée par Bröckaert dans les formules suivantes :

1^o Dans la paralysie isolée du posticus l'abduction est limitée ;

2^o Dans la deuxième période de la paralysie, la corde est fixée près ou dans la ligne médiane. Cette phase correspond à une affection du posticus compliquée de contractures paralytiques des adducteurs ;

3^o La position cadavérique correspond à la paralysie totale du récurrent.

Ces phases peuvent être constatées dans les paralysies centrales et périphériques du récurrent. Bröckaert les admet tant qu'il s'agit de paralysie centrale, et, sur ce point, l'affirmation de Bröckaert n'a pas encore trouvé de contradiction.

Dans la paralysie périphérique du récurrent, Bröckaert admet également la troisième phase, c'est-à-dire la position cadavérique de la corde est due à la paralysie du récurrent.

Seules la première et la deuxième phase de la paralysie périphérique du récurrent sont constatées par Bröckaert, mais il est vrai que ce sont précisément ces deux phases là qui forment pour ainsi dire l'âme de la loi de Semon.

Les expérimentateurs ont cherché à prouver que les fibres du récurrent innervant l'abducteur ont une caducité plus grande que celles des adducteurs. On a prouvé que, chez l'animal, l'excitabilité électrique de l'abducteur s'éteint avant celle des adducteurs, et on a fait les mêmes expériences pour les autres excitants. Bröckaert admet la réalité de toutes ces expériences, seulement, il donne une autre explication, et les lecteurs des *Annales* savent, par le travail paru, que les adducteurs l'emportent sur les abduc-

teurs, parce que *numériquement*, ils sont les plus puissants, c'est-à-dire que les adducteurs ont plus de fibres musculaires que les abducteurs, partant plus de fibres nerveuses.

Cette conception paraît séduisante, mais son grand défaut est de ne pas tenir compte de la tonicité nerveuse (*stimulus*), d'après laquelle le groupe des ouvreurs l'emporte partout ailleurs sur le groupe des fermeurs. Pour rechercher à quel point le « *stimulus* » joue un rôle, Kuttner a reproduit l'expérience de Fraenkel et Gad, sur la réfrigération du nerf. Quand, par la réfrigération du récurrent chez un animal, l'abduction a commencé à être limitée, Kuttner a sectionné la trachée de l'animal et a bouché le bout inférieur de la trachée ; la conséquence a été une forte dyspnée. Normalement, l'animal aurait dû faire des inspirations forcées et mettre les cordes à chaque inspiration dans l'abduction maxima. Chez l'animal en question, la corde saine l'a fait, l'autre corde dont le récurrent a été réfrigéré a essayé de le faire, mais, tandis que dans chaque expiration elle allait vigoureusement contre la ligne médiane, dans l'inspiration elle ne dépassait pas la position eadavérique.

Malgré l'augmentation du « *stimulus* » donné aux abducteurs, l'abduction était diminuée et l'adduction est restée normale.

KUTTNER croit avoir prouvé, par cette expérience, que les fibres se rendant à l'abducteur sont moins résistantes contre la réfrigération que celles innervant les adducteurs.

Quant à l'anatomie pathologique, Kuttner dit qu'il est difficile d'en faire un résumé. Il renvoie à son article publié dans les *Archives de Fraenkel*, tome XVIII, n° 1 (analysé dans les *Annales*), pour plus amples détails. Après avoir lu tous les travaux sur cette question, et après avoir examiné plusieurs centaines de préparations faites sur des larynx de l'homme, du cobaye et surtout d'une série suivie de douze chiens tués entre le dix-huitième et le cent-cinquantième jour après section du récurrent. Kuttner est arrivé à la conclusion que l'examen microscopique ne permet aucun jugement sur la valeur fonctionnelle intra-vitam du muscle examiné. Rien ne différencie un muscle paralysé, surtout au début de la paralysie, d'un muscle normal. Ce qui fait le critérium de l'atrophie du muscle peut se rencontrer également dans le muscle normal. Mais, malgré toutes les difficultés, des observateurs consciencieux ont publié un certain nombre d'exemples où l'atrophie du posticus a été nettement établie. Brœckaert lui-même a dû reconnaître cette atrophie dans 3 cas examinés sous sa surveillance.

Pour expliquer les constatations anatomiques indubitables, Brœckaert avance hypothèse sur hypothèse. Sa dernière hypothèse, l'unique à discuter, dit Kultner, parce que Brœckaert a lui-même délaissé les autres, est basée sur un cas exceptionnel ; or, si elle ne prouve rien pour Sémon, elle ne prouve certainement rien contre. Mais ce qu'on ne peut pas admettre, c'est la conclusion que tire Brœckaert de ce cas exceptionnel et la généralisation. Son cas était le suivant :

Un carcinome de l'œsophage a occasionné une paralysie du récurrent. A l'autopsie, on a vu qu'une branche de l'artère thyroïdienne postérieure se rendant au posticus était englobée dans la masse de la tumeur. De plus, la paroi était épaisse, athéromateuse. Brœckaert conclut que la mauvaise circulation du posticus était la cause de son atrophie, et il dit que dans les autres cas l'artère nourricière du posticus doit également être lésée par la même cause qui occasionne la paralysie du récurrent, en prenant sa voie par le sympathique. Kultner dit que toutes ces hypothèses de Brœckaert sont absolument insoutenables. Il déclare de même comme un « non sens » l'affirmation de Brœckaert que la théorie de Sémon sera prouvée seulement quand on trouvera un cas où seul le posticus est atrophié et les autres muscles sont sains. Sémon n'a jamais dit cela.

D'après Sémon, les fibres des adducteurs sont physiologiquement intactes, mais non pas anatomiquement, quand déjà les fibres du posticus sont physiologiquement et anatomiquement lésées.

Il faut admettre que le nombre des cas publiés où l'on voit une atrophie très nette du posticus n'est pas très grand, mais il constitue un appui solide pour la théorie de Sémon.

En tirant les conclusions de toutes ces remarques, Kultner constate que tout n'est pas clair dans la question du récurrent, mais que la loi de Sémon peut être considérée comme prouvée.

Séance du 23 février 1906.

Président : FRAENKEL.

Secrétaire : ROSENBERG.

GRAEFFNÉR. — **Deux cas de coloration pathologique des voies respiratoires supérieures.** — Un cas d'argyrose. Un tabétique a pris du nitrate d'argent pendant trois ans. A part une parésie du posticus droit, on trouve des gencives violettes, un palais gris acier et une muqueuse du larynx gris rougeâtre ; 2^e chez un malade atteint de polycythémie avec tumeur de la rate et cyanose, les cordes sont tantôt colorées en rouge carmin, tantôt en bleu rougeâtre.

GRABOWER. — **Paralysie du récurrent.** — Un malade de 17 ans, porteur d'un grand goitre, a été opéré en septembre 1905. Pendant l'opération, le récurrent droit a été sectionné. A la suite, le malade a été pris de dyspnée, mais a gardé la voix claire et distincte quatre jours après l'accident. A partir du cinquième jour, la dyspnée a disparu et la voix était un peu rauque. Grabower a vu le malade le septième jour. A ce moment, la corde droite était fixée en position cadavérique, la corde gauche faisait des mouvements réguliers et ne dépassait, au début, que très peu, pendant la phonation, la ligne médiane. Dans les examens suivants, la corde gauche se rapprochait de plus en plus de la corde droite, et aujourd'hui, pendant la phonation, la glotte ne laisse qu'une petite fente. La voix n'est que très peu rauque. La sensibilité du larynx est normale. Ce cas donne des résultats analogues à ceux qu'on observe dans l'expérience sur l'animal. On voit nettement que pendant les quatre premiers jours, le muscle crico-thyroïdien a essayé de remplacer le muscle vocal (la corde) et l'a empêché de retomber dans la position cadavérique jusqu'à ce que lui-même ait perdu son pouvoir de tendre la corde.

Séance du 23 mars 1906.

Président : FRAENKEL.

Secrétaire : GRABOWER.

FRIEDMANN. — **Tumeur du pharynx.** — Un malade de 29 ans est atteint de neurofibromatose. Depuis vingt ans, il porte une tumeur grosse comme un œuf de poule, siégeant sur le palais et l'apophyse alvéolaire du maxillaire gauche. D'autres petites tumeurs de même consistance partout éparses sur le corps.

HEYMANN. — **Remarques sur l'historique de la laryngoscopie.** — Levret a découvert une sorte de spéculum de la bouche, une plaque polie avec laquelle il examinait le pharynx. L'article est publié dans le *Mercure de France*, 1743, p. 2434, et reproduit plus tard dans son *Traité sur l'art des accouchements*. Nouvelle description de l'appareil dans son *Traité sur les polypes* (Paris, 1749). Heymann présente un manuscrit de Tarck contenant le plan de sa « clinique des maladies du larynx ».

SENATOR. — **Tuberculose de la cavité buccale.** — Le cas présenté par Senator, en juin, concernant une femme atteinte de tuberculose primaire de la cavité buccale, a été pris d'abord pour un cas de tuberculose par ingestion. Or, examiné au laboratoire du « *Gesundheitsamt* », on a reconnu qu'il s'agissait du bacille type humain et non pas type bovin. Il peut, en conséquence, s'agir d'infection par inhalations conformément aux anciennes théories.

Discussion.

FRAENKEL. — **Le cas de Senator est important**, parce qu'il prouve que toute tuberculose de la bouche n'est pas forcément une tuberculose par ingestion, tuberculose acquise par les aliments. De même, on peut dire que la tuberculose intestinale n'est pas forcément une tuberculose par ingestion.

FRAENKEL. — **Sur la priorité de la découverte de la laryngos-**

copie. — Longue discussion pour savoir qui, de Czermack ou de Turk est le véritable inventeur du laryngoscope. Prennent part à la discussion Haymann, Kohler (avocat) qui, au point de vue du droit régissant les brevets, croit que Turck est le véritable inventeur de la méthode laryngoscopique, parce que c'est lui qui l'a vulgarisée dans la pratique ; Czermack a modifié la méthode en introduisant la lumière artificielle ; il aurait pu prendre un brevet, mais seulement avec l'assentiment de Turck. Mankiewicz résume d'une façon humoristique la discussion en disant : Heymann s'est adjoint un avocat pour plaider pour Turck, Sémon s'appuie sur le philosophe Schopenhauer pour assurer le triomphe de Garcia et Fraenkel, comme praticien, attribue tous les honneurs à Czermack qui a introduit la lumière artificielle. Lui-même est amené à considérer Babington (1829) comme le véritable inventeur de la méthode.

KUTTNER. — Remarques critiques sur la paralysie du récurrent.

Discussion.

GRABOWER insiste sur le rôle du thyro-cricoïdien en se basant sur le cas présenté à la dernière séance.

Quant à la vulnérabilité du posticus, il est également de l'avis de Brœckaert que les fibres se rendant aux adducteurs sont autant lésées que celles de l'abducteur, mais que l'effet de la paralysie se montre plus vite dans l'abducteur que dans les adducteurs. Les expériences de Brœckaert sont évidemment entachées de fautes et n'ont aucune influence sur la question du posticus. Il faut admettre, avec Brœckaert, que le posticus est moins régulièrement et moins richement pourvu de nerfs que les adducteurs. C'est là la raison de la plus grande vulnérabilité du posticus. Les expériences faites avec les différents toxiques, les irritants thermiques et chimiques, etc., ne peuvent pas prouver la plus grande vulnérabilité des fibres nerveuses se rendant au posticus. Une analogie expliquera mieux que toutes les hypothèses la supériorité des adducteurs sur les abducteurs ; partout dans l'organisme les extenseurs sont plus tôt paralysés que les fléchisseurs (saturisme). Il ne faut donc pas admettre des conditions différentes pour les muscles du larynx. Toutes les expériences jusqu'ici publiées nous inciteront à l'avenir à examiner les points suivants.

1^o Etat du sympathique et des vaisseaux ; 2^o état des nerfs inner-

vant les muscles du larynx ; 3^e état des nerfs sensibles ; 4^e état du pneumo-gastrique au-dessous du récurrent ; 5^e état des muscles du larynx examinés en des coupes par séries.

FRAENKEL. — Les expériences de Cederbaum ont démontré que, si l'on comprime un nerf, le muscle correspondant perd d'abord les fonctions qu'il exécute généralement par voie de réflexe ; or, le posticus n'est pas un muscle vocal, mais un muscle respiratoire. On pourrait donc admettre que cette fonction spéciale du posticus se laisse comparer aux mouvements réflexes des muscles périphériques et, de cette façon, on pourrait expliquer la position spéciale du posticus qui est excité par le centre respiratoire.

GRABOWER dit qu'il saisit bien en principe l'analogie de Fraenkel, mais dans la paralysie du récurrent on trouve, généralement normales, la sensibilité et la motilité réflexe de la muqueuse du larynx, à moins qu'il s'agisse d'une affection concomitante du laryngé supérieur.

Séance du 4 mai 1906.

Président : FRAENKEL.

Secrétaire : ROSENBERG.

ROSENBERG. — **Tumeur maligne du nez.** — Une femme de 48 ans se plaint, depuis Noël 1905, d'épiphora et d'obstruction nasale. Exophthalmie à gauche, tuméfaction résistante au-dessus de l'angle interne de l'œil. A la rhinoscopie, dans la fosse nasale gauche, une tumeur gris noirâtre se limitant contre le septum, prenant naissance probablement dans le cornet moyen, saignant facilement.

MAX SCHREIER. — **La parotidite des souffleurs de verre.** — Il s'agit d'une pneumatocele de la glande parotide chez un souffleur de verre, aussitôt qu'il fait le mouvement de souffler. L'air entre, par ce mouvement, par le canal de Sténon, dans la parotide. On trouve cette pneumatocele chez 8 % des souffleurs de verre. A l'examen, on constate que le canal de Sténon est très élargi, une sonde entre, chez un des malades présentés, à plus de 0^m,04, chez

un autre, à plus de 0^m,03. L'auteur présente trois malades ; chez l'un, l'affection a paru au bout de quelques semaines de travail. La pneumatocèle peut se montrer d'un ou de deux côtés, persister assez longtemps. Quelquefois les malades sont obligés de s'exprimer leur pneumatocèle toutes les deux ou trois minutes pendant les repas.

SCHOETZ. — **Corps étranger pris pour tumeur.** — Un homme de 38 ans fait, le 13 novembre, un furoncle de la lèvre supérieure, et est opéré quatre jours plus tard. Le 23 novembre, la température monte à 39,9, il se plaint de douleurs dans la poitrine, de toux. Il crache la valeur de deux cuillerées de sang et rend par les selles du sang en abondance. L'examen du poumon et des crachats est négatif. Quelques jours plus tard, il se plaint de douleurs dans le larynx, de raucité de la voix se transformant en peu de temps en aphonie complète. Comme cause de l'aphonie, on voit un polype rougeâtre, grosseur de fève, implanté au-dessous de l'épiglotte, appuyant sur la corde vocale droite, paraissant mobile. L'état général du malade s'étant amélioré. Schætz a enlevé, trois semaines plus tard, la tumeur du larynx. Examen histologique : fibrome riche en cellules. Huit jours plus tard, il a fallu enlever une récidive grosse comme un petit pois, et le 10 février, une troisième application de l'anse froide a permis de retirer un morceau d'os. Depuis, le malade est resté guéri.

Comment expliquer ce cas ? Le malade a eu un furoncle, ce furoncle occasionna des thromboses et des embolies. Aussi au début, en présence des phénomènes thoraciques, on a cru à une embolie. Aujourd'hui, *post hoc*, une autre explication s'impose. Le malade a été narcotisé. Lui a-t-on donné, après la narcose, un peu de bouillon contenant malheureusement ce fragment d'os, le malade a pu aspirer ce morceau d'os sans trop de réaction immédiate. Quelques jours plus tard, il a fait un foyer de pneumonie avec fièvre et hémoptysie. A l'expectoration, l'os a été mobilisé et a été lancé dans le larynx où il a pu provoquer la tumeur.

KUTTNER. — **Remarques critiques sur la paralysie du récurrent.**

Discussion.

KATZENSTEIN. — En se basant sur les expériences de Chauveau, et surtout de Grützner et sur les siennes propres, faites en commun avec Dubois-Raymond. Katzenstein modifie la loi de Sémon

en disant que les lésions *expérimentales* du récurrent frappent en même temps les adducteurs et les abducteurs.

Mais, en clinique, on observe que le posticus est le premier lésé. Il est impossible d'expliquer cette tendance du posticus à la paralysie. L'expérience de Kuttner ne suffit pas. Kuttner ne tient pas compte, dans son expérience, que le laryngé supérieur existe et que des excitations sensibles peuvent influencer la corde. Il ne tient pas compte non plus des expériences de Katzenstein et Dubois, d'après lesquelles, même après section des quatre nerfs laryngés, les cordes peuvent avoir des mouvements.

GRABOWER. — Les expériences de Katzenstein et de Dubois-Raymond ne sont pas indiscutables. L'expérience de Kuttner, au contraire, lui paraît incontestable.

KATZENSTEIN s'élève contre la critique de Grabower et prétend que les expériences de contrôle n'ont pas été bien faites.

KUTTNER (terminant). — Les examens histologiques de Bröckaert ont été répétés par Kuttner. Il n'a jamais pu se convaincre qu'il y ait eu une différence après la section du récurrent seul, ou celle du récurrent avec le sympathique. Quant à Grabower, il admet parfaitement avec lui que le muscle crico-thyroïdien peut maintenir, pendant deux à trois jours, la corde en tension ; mais cela n'a aucun rapport avec la loi de Sémon-Rosenbach, surtout depuis que la théorie de Grossmann et Wagner a été reconnue comme fausse. L'opinion de Grabower, que le posticus est plus vulnérable parce qu'il contient moins de fibres, renferme une hypothèse. Malgré toutes les oppositions, surtout celle de Bröckaert, la loi de Sémon, quoique non expliquée dans ces dernières raisons, persiste toujours.

SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE DE MUNICH (1)

Séance du 12 mars 1906.

Président : HAUG.

Secrétaire : HECHT et BOEHM.

HAUG. — Sur l'emploi de la novocaine dans les opérations de l'oreille et dans le traitement de l'otite moyenne aiguë. — Haug a opéré quatre cas (otématome, carcinome, fibrome du pavillon et un cas d'abcès sous-périostal de la mastoïde) en se servant de la novocaine en injections sous-cutanées. L'intervention a été indolore. De même, bons résultats dans plusieurs petites interventions contre l'otite moyenne chronique (solution de 10 à 20 %). L'addition d'adrénaline augmente le pouvoir anesthésiant. Pour la paracentèse, Haug fait d'abord une instillation de glycérine phéniquée à 10 %, que le malade garde plus d'un quart d'heure, ensuite, il instille quelques gouttes d'une solution de novocaine à 20 %; au bout d'une demi-heure, insensibilité presque complète. Dans trois cas, Haug a pu ouvrir la mastoïde sous anesthésie locale à la novocaine. Dans un de ces cas concernant une femme de 68 ans, atteinte de cardiopathie et d'ancienne pleurésie, il y a eu une légère intoxication, due probablement à une dose exagérée. Pour diminuer la douleur dans les otites catarrhales, Haug a essayé avec bons résultats la novocaine alliée à la glycérine phéniquée. La durée des otites ainsi traitées a été sensiblement raccourcie. Haug parle de juguler (couper) les otites aiguës par la novocaine.

Discussion.

Stemfeld demande de quelle façon on se sert de la solution novocaine-adrénaline dans l'opération des adénoïdes et si on peut l'utiliser chez des enfants de 2 à 3 ans.

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après la *Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 8, 1906.

Hecht demande si après l'emploi de l'adrénaline il n'y a pas d'hémorragie secondaire et si les adultes sont réellement insensibilisés par l'adrénaline-novocaine pour l'opération des adénoides.

HERZOG. — **Sinusite maxillaire opérée d'après Berker.** — Deux cas datent de plusieurs années guéris rapidement par le procédé de Berker.

HOFFMANN. — **Epithéliome de la cloison du nez chez une femme de 62 ans.** — Une tumeur du septum a été reconnue en 1901 comme étant un épithéliome. La malade a été plusieurs fois opérée. La dernière fois en 1906.

HOFFMANN. — **Corps étranger de la bronche chez un enfant de 18 mois.** — L'enfant avale en octobre 1905 un petit crochet. Depuis ce temps, dyspnée, pneumonie en janvier, guérison en février. L'enfant a gardé une respiration stridoreuse avec raucité de la voix. Aux rayons X, on voit le corps étranger dans la bronche droite. Extraction par bronchoscopie inférieure.

BOEHM. — *a) Tuberculose du larynx.* — Quand le malade s'est présenté la première fois à Boehm, le larynx était tellement œdématisé qu'il existait à peine un pertuis pour la respiration. En même temps le malade était porteur d'un épanchement pleural. Par le repos au lit et l'aspirine, il y a eu une telle amélioration que le malade a pu pendant un an vaquer à ses occupations de garçon de café.

b) Gomme du maxillaire supérieure en nécrose. — Une opération tentée a dû être interrompue, la nécrose ayant envahi très longuement l'os maxillaire. Iodure de potassium. Le malade est en voie d'amélioration.

STEMFELD. — **Démonstration d'une pierre salivaire de grosseur d'une fève, chez une femme de 50 ans.** — La pierre a été expulsée spontanément.

*X^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE*

(Milan, septembre 1906.)

G. PROTA (Naples). — **Sur les altérations du centre de Krause à la suite de la destruction d'une corde vocale.** — L'auteur a fait ses expériences chez le chien : celui-ci étant chloroformé et trachéotomisé subissait la laryngofissure, puis l'ablation de la corde droite, au bout de quelques mois l'animal était sacrifié.

L'examen histologique des zones cortico-phonatoires donnait les résultats suivants : Dans les préparations obtenues par la méthode de Nissl, on constatait la disparition de l'aspect tigré du protoplasma des cellules, la formation de vacuoles ou la destruction complète du protoplasma en certains points, tandis qu'en d'autres le protoplasma se rétractait vers un pôle de la cellule. Dans les préparations selon la méthode de Golgi, on observait de nombreuses varicosités des prolongements dont certains étaient fragmentés et discontinus sur de longs espaces.

Ces lésions s'observaient dans les deux zones cortico-phonatoires au même degré, aussi bien du côté opéré (côté droit) que du côté gauche. La destruction d'une seule corde vocale provoque donc des lésions dans les deux centres cortico-phonatoires : ainsi se trouve démontré clairement que l'action de chaque centre de Krause est bilatérale, se fait sentir sur les deux lèvres de la glotte ; les voies de transmission sont donc croisées et directes sans pré-dominances des unes sur les autres.

G. GAVELLO (Turin). — **Le traitement chirurgical des sinusites maxillaires chroniques sur la voie nasale.** — La méthode de Réthi et de Claoué lui a donné d'excellents résultats dans 4 cas. Il rappelle les avantages de ce traitement et la simplification de technique opératoire obtenue par l'emploi du trocart dilatateur de son invention.

J. DIONISIO (Turin). — **Sur la photo et la radiothérapie dans l'ozène, dans la suppuration auriculaire chronique et les pharyngites chroniques.** — Résultats obtenus dans 54 cas d'ozène

et 48 otites moyennes suppurées chroniques. La pharyngite sèche et la pharyngite catarrhale chronique sont justifiables du même traitement.

G. STRAZZA (Gênes). — **Sur l'extraction d'un corps étranger (pince laryngienne) du canal trachéo-bronchique chez un enfant.** — Dans des tentatives d'extraction par la bouche de papillomes multiples du larynx chez un enfant de 5 ans, la pince (modèle Schrotter) se détache du fil conducteur et tombe dans la trachée. Ni toux; ni suffocation. Au bout d'un mois, rejet par la bouche d'un des mors de la pince. La radioscopie précise la présence et le siège de l'autre mors, dont l'extrémité inférieure reposait dans la bronche droite tandis que son extrémité supérieure s'appuyait sur la partie gauche de la trachée.

La trachéoscopie par le procédé de Killian ayant échoué par suite d'une décharge électrique malencontreuse, on doit intuber l'enfant en raison d'une menace d'asphyxie et pratiquer une trachéotomie basse qui permit d'extraire facilement le corps étranger.

STRAZZA discute les indications, les avantages et les difficultés de la trachéo-bronchoscopie.

G. STRAZZA. — **Sur un cas de sténose sous-glottique grave due à une infiltration amyloïde.** — Cette sténose s'était développée lentement à la suite de l'influenza chez un homme de 50 ans. Le jour de l'entrée à l'hôpital, on constata une infiltration diffuse de la région sous-glottique et, le péril ne semblant pas imminent, on remit au lendemain la trachéotomie. Mort pendant la nuit à l'insu du personnel de garde.

A l'autopsie, hyperplasie énorme et uniforme de la région cricoïdienne et des premiers anneaux de la trachée; signes de trachéite et de bronchite. Au niveau de la sténose les parties profondes de la muqueuse étaient le siège d'une infiltration amyloïde constituant la plus grande partie de la tuméfaction.

POLI (Gênes). — **Contribution à l'étude histo-pathologique des papillomes nasaux.** — Les néoplasmes ont leurs analogies dans les productions fibro-épithéliales d'autres régions (vessie, rectum) dont la nature et la signification est encore discutée par les cliniciens et les anatomo-pathologistes.

L'auteur en rappelle les caractères histologiques et cliniques. Il rapporte deux cas personnels: dans l'un le papillome con-

s'serva son caractère histologique typique et sa nature clinique bénigne ; dans l'autre, après une période de bénignité apparente, la tumeur prit peu à peu les caractères typiques du carcinome. Sans exclure la possibilité de la transformation d'une tumeur bénigne en tumeur maligne, Poli admet que dans les cas semblables, le néoplasme porte dès le début en lui les germes d'une néoformation atypique. Il croit que la plupart des carcinomes où nez passent par le stade de papillomés.

Poli (Génés) : — **Paralysie de l'abducens d'origine otique.** — Rejetant les théories toxiques et celle du réflexe, émises pour expliquer la pathogénie de cet accident, Poli adopte, comme seule acceptable, l'idée d'une lésion par propagation directe ou indirecte du foyer articulaire au trajet intracrânien de l'abducens : le tronc nerveux serait touché soit au niveau de son passage sous le ligament pétrosphénoidal, soit dans le sinus caverneux par l'intermédiaire d'une participation du sinus veineux.

SANTI PUSATERI (Turin). — **Recherches expérimentales sur la façon de se comporter des corps étrangers dans les cavités nasales.** A. *Corps étrangers stériles (morceaux d'éponges et boulettes de coton) chez le chien et le lapin.* — La pression qu'ils exercent peut produire une atrophie du tissu osseux, une nécrose du squelette, une déviation du septum cartilagineux vers la fosse nasale opposée, ou même la nécrose et la perforation de la cloison. L'inflammation de la muqueuse nasale, peut aboutir dès le troisième mois à un épaissement avec formation de kystes par rétention. Dès les premiers jours une suppuration peut s'établir ; mais à partir du troisième mois, elle tend à diminuer ; les sécrétions, stagnant dans la fosse nasale, tendent alors à donner à l'affection les allures de la rhinite caséuse. Ces sécrétions ont parfois tendance à s'ouvrir un chemin vers l'extérieur au travers de régions moins résistantes des parois ; par exemple il peut se faire une infection ascendante de la cavité crânienne, au travers des trous de la lame criblée de l'ethmôïde. Enfin le corps étranger peut être englobé dans du tissu de nouvelle formation, comme les corps étrangers qui s'enkystent dans les parécthydies.

B. *Corps étrangers infectés.* — Les corps étrangers porteurs de staphylocoques pyogènes virulents favorisent l'infection locale par ces agents pathogènes et parfois l'infection générale et la mort. Cela montre que certaines infections considérées comme cryptogénétiques peuvent être d'origine nasale.

Le bacille de la diphtérie que la muqueuse ait été ou non

blessée par le corps étranger à son entrée dans le nez, peut en quatre jours provoquer la formation d'une fausse membrane. Le bacille tuberculeux virulent provoque presque constamment une lésion locale spécifique : en quarante jours l'infection tuberculeuse atteint les ganglions cervicaux.

EGIDI (Rome). — **Cas de corps étrangers pharyngo-laryngés.** — *1^{er} Cas.* Corps étranger avalé en prenant un potage ; tentatives d'extraction vaines ; le cinquième jour tuméfaction du pharynx, dysphagie intense, fièvre de 40° ; puis tuméfaction latérale droite du cou qui bientôt envahit l'épaule et la partie supérieure de la poitrine. Une incision le long du sterno-mastoidien conduit sur une poche purulente profonde de laquelle on extrait un fragment d'os. Persistance de la fièvre, frissons, mort par septicémie.

2^e Cas. — Tout à fait analogue au précédent, si ce n'est qu'il s'agissait d'une aiguille de trois centimètres de longueur et que l'ouverture de l'abcès cervical fut suivie de la guérison.

3^e Cas. — Corps étranger psychique, avec dysphagie et accès de suffocation. Guérison par simulation d'extraction d'une arête semblable à celle que la malade avait avalée.

EGIDI (Rome). Chute de tubes dans la trachée et dans les bronches. — *1^{er} Cas.* Enfant de 6 ans ; après guérison de la sténose laryngée, troubles pleuro-pulmonaires et empyème ; opération, fistule thoracique consécutive, après résection des deux côtés, on trouve dans la plèvre un tube d'ébonite dont la pointe faisait saillie dans la plèvre, dont le pavillon était fixé dans le poumon ; guérison.

2^e Cas. — Même histoire, mais mort par septicémie après extraction du tube.

3^e Cas. — Egidi montre un tube d'enfant de deux ou trois ans qui fut trouvé dans la plèvre d'un enfant de 10 ans, trachéotomisé depuis quatre ans et ayant subi une résection costale pour fistule thoracique consécutive à un empyème. Comme l'intubation avait précédé la trachéotomie, ce tube était resté dans le poumon quatre ans au moins.

Ces chutes de tubes dans la trachée sont toujours dues à l'emploi d'un tube trop petit.

CITELLI (Catane). — **Un autre cas de paralysie de l'abducens d'origine otique.** — Dans ce cas la paralysie s'améliora subitement après l'ouverture d'un abcès extra-dural de la fosse céré-

brale moyenne; d'autre part le liquide retiré par ponction lombaire était parfaitement normal et stérile. Ces faits viennent à l'appui de l'opinion, déjà émise par l'auteur, que dans la majorité des cas, la paralysie de la sixième paire est due à une ostéite avec pachyméningite de la pointe du rocher ou de la région voisine.

CITELLI (Catane). — **Kyste dermolide du lobule de l'oreille.** — C'était un kyste du volume d'une petite noisette soulevant la peau de la face postérieure du lobule. La paroi en était formée presque exclusivement d'épithélium plat polystratifié, ayant tous les caractères de l'épiderme. Le contenu, pulsaté, onctueux, d'odeur *su generis*, était constitué par des éléments cornés plus ou moins altérés détachés de la couche interne de la paroi épithéliale.

CITELLI (Catane). — **Cordectomy par voie externe.** — Citelli propose de traiter les diverses formes de sténose laryngée dues à la position médiane permanente des deux cordes vocales (et non susceptibles d'amélioration ou de guérison par la dilatation graduelle, par l'ablation complète de la portion ligamenteuse des cordes et, s'il est nécessaire de la portion cartilagineuse, après thyrotomie. De cette façon on délivre les malades de leur canule trachéale.

Ces expériences faites sur des chiens lui ont montré que les tissus enlevés ne se régénèrent pas et même que les fibres musculaires non atteintes par l'emporte-pièce disparaissent par atrophie.

CITELLI (Catane). — **Processus de cicatrisation de la plaie trachéale après la trachéotomie.** — Par des expériences sur des chiens. Citelli a cherché à déterminer le temps nécessaire à la fermeture de la plaie trachéale, les aspects divers que peut prendre la cicatrice et surtout les déformations consécutives de la région correspondante de la trachée.

Conclusions. — 1^o La cicatrice peut revêtir la forme d'une petite membrane limitée à la seule muqueuse; la trachée est alors à peine déformée, mais la membrane cicatricielle peut être distendue par l'air, surtout s'il existe une sténose laryngée et constituer une variété de trachécôle. Il peut aussi se constituer une cicatrice solide comprenant la muqueuse, le tissu conjonctif et les muscles prétrachéaux; la rétraction de la cicatrice peut alors amener un rétrécissement transversal de la trachée.

2^o La fermeture complète de la plaie trachéale peut être

achevée du seizième au dix-huitième jour ; d'autres fois elle ne l'est pas encore au bout d'un mois; sans cause appréciable.

L'auteur décrit ensuite les modifications histologiques qui accompagnent ce processus de cicatrisation:

CITELLI (Catane). — **Tubes nouveaux et tubes modifiés pour le traitement de quelques sténoses laryngées aigües et chroniques.** — Citelli a imaginé des tubes spéciaux pour l'intubation dans les cas d'œdème ou de phlegmon du vestibule avec tuméfaction notable de la face postérieure de l'épiglotte : ces tubes maintiennent l'épiglotte soulevée; grâce à l'adjonction d'un segment sus-céphalique d'un centimètre de hauteur;

Pour fixer un tube dans le larynx au travers d'une plaie trachéale, particulièrement un cas de sténose chronique, Citelli fait pratiquer à travers le bord antérieur du tube deux tunnels horizontaux dont l'un est situé à la hauteur de l'orifice trachéal; au moyen d'une aiguille courbée, on fait passer dans le tunnel un fil de soie qui sort par la plaie cervicale et est ensuite fixé au cou du malade:

CITELLI (Catane). — **Mélanosarcome de la région éthmoidale.** — Tumeur lisse, de couleur brune, implantée sur l'éthmoïde par une large baie, et descendant presque jusqu'à la narine et envahissant l'angle interne de l'orbite et le sinus maxillaire.

M. BOULAY:

SOCIÉTÉ OTOLOGIQUE ET LARYNGOLOGIQUE DE CHICAGO (1)

Séance du 16 octobre 1906.

OTTO T. FREER. — **Lympho-sarcome du pharynx limitant les mouvements des mâchoires et de l'axis par l'envahissement des régions ptérygo-maxillaires et prévertébrale (1).** — *Historique.* Bien portant jusqu'en décembre 1904. Ce malade commença à ronfler en dormant, avec difficulté croissante à respirer par le nez,

(1) Compte-Rendu par Marc André, d'après *The Laryngoscope*:

de sorte qu'en quelques semaines, il dut tenir en tout temps la bouche ouverte pour respirer. Voix nasonnée. Surdité progressive. Le 5 septembre 1905, il se présenta pour la première fois à la polyclinique de Chicago. Rhinoscopie postérieure : tumeur rose à surface lisse greffée sur la voute du pharynx et descendant jusqu'à reposer presque sur le palais mou. Rhinoscopie antérieure, indemnité des narines. Il entendait la montre à douze pouces de l'oreille droite et à trois de l'oreille gauche.

Malgré le développement rapide suspect de cette masse à une période de la vie où les adénoïdes s'atrophient d'habitude, on conclut néanmoins à cette affection qu'on opéra par la voie transnasale ce qui rétablit parfaitement la respiration. La quantité de tissus excisés était considérable. L'examen histologique n'affirma pas le diagnostic d'une volumineuse hypertrophie fibreuse de l'amygdale pharyngée.

On ne revit ce malade que le 1^{er} septembre 1906. Il déclarait alors que la respiration nasale était restée parfaite pendant les deux premiers mois après l'opération, puis le ronflement et l'obstruction nasale réapparurent, mais jamais avec la même intensité qu'auparavant.

L'ablation de la tumeur fut suivie d'un écoulement de l'oreille gatée qui ne cessa pas depuis. Jamais d'amélioration à la surdité.

Depuis l'opération environ une fois par quinzaine, épitaxis spontanée s'écoulant parfois par le cavum.

Dans les quelques mois qui précédèrent sa deuxième visite à la clinique, il perdit rapidement ses forces et soit perdus et ressentit fréquemment de la céphalée matinale accompagnée de vomissements.

En juillet, il commença à remarquer la difficulté à ouvrir les mâchoires et à déglutir. Symptômes qui depuis n'ont cessé d'augmenter.

Examen du patient au 1^{er} octobre. Oropharynx : abaissement du palais mou du évidemment à une masse reposant sur sa face supérieure. La paroi postérieure du pharynx montre une voulure à convexité antérieure qui atteint presque le voile du palais rendant impossible la rhinoscopie postérieure.

La mise en évidence de la région située derrière le palais mou à l'aide d'un releveur du voile, montre une portion d'une tumeur nodulaire rose tendre, située à droite de la ligne médiane et s'étendant hors de vue vers le naso pharynx. La mâchoire ne peut-être ouverte qu'à moitié, elle est alors arrêtée par une résis-

tance quand les incisives sont écartées de 5/8 de pouce. Les mouvements latéraux de la mâchoire sont aussi presque nuls dans les deux sens. La rotation de la tête dans l'articulation atlo-axoidienne n'est possible qu'à un faible degré, la tête étant tournée par la torsion totale du cou. Pour palper le naso-pharynx, il fallait écartier les mâchoires avec un ouvre-bouche. Le doigt sent dans le naso-pharynx une tumeur molle remplissant le cavum et occupant la place habituelle des adénoïdes. La palpation de la paroi pharyngée postérieure montre son refoulement antérieur par une masse molle élastique saignant facilement au toucher.

La tumeur peut être vue indistinctement à travers les fosses nasales dans lesquelles elle ne pénètre pas. Le pouls est rapide 120-130, fréquence qu'il a constamment gardée le mois passé.

La température variait entre la normale et 100° Fahrenheit. Pupilles réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation. Rien au cœur et aux poumons; sauf la tachycardie persistante qui ne s'accompagne pas d'une dilatation cardiaque appréciable.

La laryngoscopie est imparfaite. On aperçoit un peu les mouvements de la corde vocale gauche, ceux de la droite étant masqués par l'épiglotte.

A droite, on sent un ganglion du volume d'une amande à l'angle de la mâchoire. Les régions rétro-maxillaires sont en partie comblées par un œdème indistinct.

Vision normale, pas de rougeur des téguments des oreilles. Pas de salivation anormale. La déglutition est un peu difficile. Le malade dit qu'il doit l'associer à l'inspiration de l'air pour faciliter la descente des aliments solides. Il boit sans difficulté. Voix nasonnée.

L'examen des oreilles montre un enfoncement de la membrane du tympan à droite qui est mobile; à gauche, membrane détruite, au-dessus, marteau partiellement détruit et granuleux. Otorrhée.

Nouvel examen du malade le 9 octobre montrant que les mouvements latéraux de la mâchoire inférieure sont redevenus libres.

On commença le 7 septembre des injections d'adrénaline au $\frac{1}{1000}$ (selon la méthode de Rhodes) trois fois par semaine pendant quinze jours, au niveau de la tumeur dans sa portion visible par la narine droite et par le soulèvement du palais mou. La quantité injectée chaque fois était de dix à quinze gouttes. On les supprima temporairement à cause de la faiblesse générale et des vertiges.

Il se pourrait que si la tumeur n'a pas grossi pendant le mois dernier et que les mouvements latéraux de la mâchoire soient revenues, cela soit l'effet de l'adrénaline.

Tandis que l'examen microscopique des coupes de la tumeur primitive en septembre 1905, ne démontrait pas la présence d'un sarcome, celles faites après la récidive, un an plus tard, au niveau de la paroi pharyngée postérieure, mirent en évidence la présence d'un lympho-sarcome, type à grandes cellules.

Tandis que le sarcome pharyngé, particulièrement le type à grandes cellules, quoique moins bien défini comme tumeur bénigne, reste volontiers nettement circonscrit et envahit les tissus où il se développe surtout en surface. La tumeur de ce malade avait une tendance à la diffusion et s'infiltrait dans les parties profondes hors de proportion, avec son empiètement modéré sur la cavité du pharynx. Cette tendance à l'infiltration par la tumeur ne s'est révélée qu'à la récidive après son ablation, il y a un an. Comme au premier examen, la tumeur ressemble à s'y méprendre à une large végétation adénoïde, elle avait un caractère tout à fait superficiel et siégeait au niveau de l'amygdales pharyngée.

Lors de la rechute, la végétation morbide non seulement reproduisait en partie la tumeur du naso-pharynx, mais se développait en envahissant la paroi pharyngée postérieure, occupant aussi à cet égard une région qui est souvent le siège de portions isolées de végétations adénoïdes. Cependant le caractère de la tumeur avait changé et au lieu de se confiner à la muqueuse comme le fait une hypertrophie du tissu lymphoïde, elle s'infiltrait profondément au-dessous dans la sous-muqueuse et les tissus musculaires de la paroi pharyngée postérieure et latérale. L'impossibilité pour le malade de tourner la tête et d'ouvrir les mâchoires plus qu'à moitié et le comblement du creux situé derrière la branche montante de la mâchoire montrent à quelle profondeur cette région était infiltrée.

La rotation limitée de la tête montre que la tumeur pénétrait jusqu'à la colonne vertébrale et entravait les mouvements de l'articulation atlo-axoidienne, résultats probables d'infiltrations néoplasiques des ligaments longitudinaux antérieurs, occipito-atloïdien antérieur et atlo-axoidien antérieur. L'obstacle au fonctionnement des muscles droits antérieurs petits et grands pouvant empêcher aussi de tourner librement la tête. Au lieu de tourner normalement la tête par des mouvements de l'axis, le malade tourne son cou entier mettant en jeu la totalité de ses vertèbres

cervicales ainsi que ses muscles sterno-cléido-mastoïdiens qui ordinairement ne se contractent pas pendant la rotation de la tête.

La difficulté pour ouvrir la mâchoire est causée par l'invasion de la tumeur au niveau de l'angle du constricteur supérieur du pharynx et du buccinateur ; et par l'action mécanique de la tumeur sur le tendon qui s'étend de l'apophyse plérygoïde à la mâchoire inférieure.

La palpation montre la tension de ce repli quand la mâchoire est ouverte. L'inaptitude à ouvrir les mâchoires est due partiellement aussi à l'infiltration par la tumeur des muscles plérygoïdiens internes ou à la réaction inflammatoire qu'elle y provoque, puisqu'elle remplit les fosses plérygo-maxillaires que l'apissent ces muscles en dehors du constricteur supérieur du pharynx. L'inaptitude à ouvrir la mâchoire se rencontre assez souvent dans le carcinome de l'amygdale, du palais ou de la langue, mais elle est due à une autre cause, à savoir : l'infiltration par les tissus carcinomateux du repli de la muqueuse qui s'étend de la fosse sphéno-maxillaire à la région du crochet de l'apophyse plérygoïde à l'angle de la mâchoire inférieure et appelé par Mikuliez, bandelette intermaxillaire. Ce pli est intact dans le cas présent, mais l'infiltration embrasse les muscles plérygoïdiens internes situés immédiatement derrière.

L'inaptitude temporaire à mouvoir latéralement la mâchoire était due probablement à une myosite et à une contraction des muscles plérygoïdiens externes causée par l'irritation mécanique de la tumeur dans la fosse plérygo-maxillaire. On rapporte un grand nombre de cas d'inaptitude à ouvrir la mâchoire par suite d'affections de ces muscles particulièrement des masséters et des temporaux. Cependant la cause en était une myosite interstitielle sans connexion avec une tumeur.

La difficulté du malade à avaler des aliments solides peut s'expliquer par l'invasion interstitielle du constricteur supérieur du pharynx par la tumeur, car celle-ci n'obstrue pas assez la cavité pharyngée pour empêcher particulièrement la déglutition quoiqu'elle surplombe légèrement le larynx.

L'auteur n'a point trouvé d'explication du symptôme constant et invariable de la tachycardie que présentait le malade. Il est peu vraisemblable qu'elle provienne de la pression de la tumeur sur le ganglion sympathique cervical supérieur compris dans la région envahie par la tumeur derrière le constricteur supérieur à peu près au niveau du palais osseux, car il est probable que ce gan-

glion ne fournit pas de fibres au nerf accélérateur du cœur. L'excitation du ganglion cervical supérieur produirait mécaniquement de la pâleur, de la salivation et une dilatation pupillaire du côté intéressé. La suppression de sa fonction produisait du myosis et de la rougeur de la peau de l'oreille du côté atteint.

Or on ne trouve aucun de ces phénomènes et le réflexe pupillaire est normal, de sorte que la preuve classique d'irritation du sympathique cervical par la tumeur est absente. La tachycardie ne peut s'expliquer non plus par la paralysie du pneumo-gastrique, car si elle en était la cause, il y aurait paralysie des cordes vocales ou au moins des muscles postérieurs du larynx due à l'intervention des nerfs récurrents compris à ce niveau dans les troncs des nerfs vagus.

La nature diffuse et profonde de la tumeur la rend évidemment inopérable, c'est pourquoi il semble à propos de recommencer les injections d'adrénaline ou d'adopter quelqu'autre traitement palliatif.

La nature histologique du néoplasme est en rapport avec sa situation, car il s'est développé dans les régions normalement sujettes à des hypertrophies du tissu lymphoïde, c'est-à-dire dans la région de l'amygdale pharyngée et des amas lymphoïdes qu'on rencontre sur la paroi postérieure du pharynx. Seulement dans ce cas au lieu de produire une hypertrophie bénigne les cellules lymphoïdes ont acquis une tendance maligne et infiltrent les tissus normaux.

On peut les voir ramassées en agglomération de grandes cellules lymphoïdes typiques, qui sont contenues dans un réticulum de tissu conjonctif à larges mailles présentant par places des cellules en fuseau. Les cellules lymphoïdes présentent toutes un certain nombre de ramifications.

Discussion.

WILSON. — En ce qui concerne la déglutition. Le jeune malade avale aisément les liquides, mais les solides avec difficulté. Cela concorde avec la position de la tumeur. Comme on le sait, l'acte physiologique de la déglutition des liquides implique l'action des muscles antérieurs de la langue (stylo-glosse, mylo-hyoidien et hyo-glosse) comme « pompe foulante ». Ceux-ci sont situés en avant de la tumeur et ne sont pas affectés. Le pharynx et l'oesophage ne participent pas activement à la déglutition des liquides qui les parcourent très rapidement. Il en est autrement de la dé-

glutition des solides. Ceux-ci sont saisis pendant le deuxième acte de la déglutition par les muscles du palais mou, par les muscles œsophagiens. Voilà pourquoi la situation de la tumeur explique aisément que le malade peut avaler sans aucune difficulté les liquides et néanmoins avoir du mal à avaler les solides.

D'accord avec Freer sur tout ce qu'il a dit de l'inaptitude à ouvrir la bouche, Wilson ajoute : Sa bouche est ouverte par les dépresseurs de la mâchoire, mais il existe concurremment une participation des muscles qui ferment la mâchoire. Dans ce cas, il soupçonne que l'on a affaire à l'irritation de quelques-uns des élévateurs de la mâchoire, par exemple : les muscles ptérygoïdiens internes, se traduisant par une participation défectueuse ainsi que par une contracture musculaire.

Quant à la tachycardie on ne peut que faire des hypothèses. Freer a soulevé entre autres questions la possibilité de l'irritation du sympathique ou de la paralysie du vague. Wilson ne peut admettre avec lui que l'accélération des battements du cœur provienne seulement de l'irritation du sympathique au niveau du ganglion cervical inférieur, quoique ce soit l'explication qu'on trouve couramment.

Il pense qu'il se trouve des cas où l'on a observé l'irritation du sympathique cervical produisant une accélération du cœur, mais le sympathique n'a évidemment rien à faire ici. Cela semble suffisamment prouvé par l'absence de symptômes oculaires ; à moins d'admettre une action élective de la tumeur sur les fibres du sympathique, ou la pression d'un ganglion sur les fibres accélératrices.

La participation du vague aboutirait aussi à la tachycardie, mais Freer a apporté maints arguments qui parlent contre cette hypothèse. Ceux que l'on rencontre le plus souvent sont : 1^o la non participation du récurrent ; et 2^o le concours des deux troncs nerveux est nécessaire pour obtenir chez les animaux une telle tachycardie persistante.

En relation avec cette dernière objection, en examinant ce soir le pouls, on est frappé du peu de variations qu'il présente pendant une respiration profonde et lente, comparé avec le pouls normal.

PYNCHON a eu naguère à traiter un cas tout à fait semblable, un homme d'environ 47 ans dont la tumeur ne s'était montrée qu'il y a environ six mois. Ici les ganglions sous-maxillaires étaient particulièrement atteints, on supposa d'abord que c'était une inflammation banale. Même difficulté de tourner la tête, même

accélération du pouls et même faiblesse générale. Il a prié Rhodes d'examiner le cas avec lui et sur son avis, il employa l'adrénaline. L'injection, particulièrement la première causa de la faiblesse. La température était presque normale, mais le pouls s'élevait parfois jusqu'à 140. Il enleva des portions de la tumeur par l'ignipuncture ; il n'y eut absolument aucune réaction.

Aussi pense-t-il que si le patient avait été plus robuste il eut été possible de détruire entièrement la tumeur par ce moyen. L'examen montra que cette tumeur était un carcinome.

BEECK. — Il y a environ deux mois, Bayer publia dans la *Internationale centralblatt für Ohrenheilkunde*, une suite d'expérience sur l'emploi de l'adrénaline chez les animaux. Après l'injection de très petites quantités d'adrénaline, il observa un changement, une dégénérescence athéromateuse des grands vaisseaux ainsi que les coronaires. Ne pourrait-il exister quelque chose de semblable dans l'alimentation vasculaire du cœur qui expliquerait l'action du plexus nerveux cardiaque causant ainsi la tachycardie. Dans ce cas, la tachycardie existait-elle déjà avant l'usage de l'adrénaline ?

FRIEBERG. — Cette accélération du pouls ne pourrait-elle pas être le résultat d'une anémie secondaire, ou de l'absorption de toxines provenant de la tumeur même ?

FRER. — Dit qu'il a consacré beaucoup de temps à rechercher une connexion possible entre le ganglion cervical supérieur et les nerfs accélérateurs du cœur ; mais n'a trouvé aucune mention d'une telle relation.

L'observation faite par Pynchon de faiblesse après l'injection d'adrénaline coïncide avec la sienne.

BEECK a suggéré que l'adrénaline aurait pu causer l'accélération du pouls. Tel n'est pas le cas cependant, car la tachycardie existait déjà avant son emploi.

On peut produire expérimentalement l'artério-sclérose par des injections d'adrénaline ; mais d'après l'observation très complète de ce sujet par Rhodes, la dose employée en ce cas est de beaucoup inférieure à celle que pourrait produire ce phénomène.

FRIEDBERG a demandé sur quels motifs théoriques on s'était basé pour employer l'adrénaline en vue d'obtenir la résorption de quelques sarcomes. Frer ignore s'il a été procédé à des examens histologiques de ces tumeurs en voie de résorption. La grande tendance à la dégénérescence et à la résorption de certains sarcomes affectés dans leur nutrition est bien connue, et peut-être qu'en diminuant leur circulation sanguine l'adrénaline a été la cause des

succès rapportés. Certainement dans ce cas le médicament n'a pas eu de succès évident ; cela tient peut-être à la nature diffuse de la tumeur.

L'observation faite par Wilson que la tachycardie peut après tout provenir de l'inhibition du cœur par le nerf pneumogastrique, paraît fondée. Il se peut en effet, comme il l'indique qu'il y ait en une action élective sur les fibres des nerfs qui ralentissent le cœur.

Séance du 11 décembre 1906.

Président : FREER.

BEEK. — Découverte post-mortem d'un abcès cérébral ayant causé une mort subite. — Jos. W., 19 ans, otorrhée à droite depuis son enfance, suite de la rougeole. Ecoulement très épais et fétide. Le malade n'avait jamais été soigné pour cette otorrhée, et il n'en avait pas souffert avant de contracter un refroidissement, il y a six semaines. Une douleur s'acqua alors du côté droit de la tête et augmenta toujours jusqu'à l'opération.

26 octobre 1906. — Douleur presque intolérable. Hughes qui le vit à cette époque en prit l'observation suivante : conduit auditif externe enflammé et sténosé ; pus fétide remplissant le conduit ; granulations semblant se substituer au tympan ; paroi supérieure et postérieure du conduit paraissant abaissée.

Audition notablement diminuée pour les conductions aérienne et osseuse. (Néanmoins, ni vertiges, ni bourdonnements, ni nystagmus, ni autres signes oculaires). Pas d'empâtement au niveau de la mastoïde, mais un peu au-dessus du zygoma. Température 97°, pouls 55-60. Toux légère.

Septum dévié à gauche. Rhino-pharyngite. Mauvais état général par suite de la perte de l'appétit et du sommeil.

Beeck vit le patient le 30 octobre 1906 et le trouva dans le même état ; il décida une intervention radicale immédiate, croyant à une nécrose du temporal à travers le tegmen tympani avec participation de la mastoïde. Il s'attendait aussi à trouver une fistule allant vers le cerveau, étant données sa température au-dessous de la normale et la lenteur du pouls.

1^{er} novembre 1906. — Au cours de l'opération, découverte d'un grand cholestéatome qu'il put extraire complètement, mais aucun signe de nécrose du tegmen tympani, ni d'aucune autre région.

Le lendemain matin, bon repos, Température 99°. Pouls 60. A partir de ce moment jusqu'au soir précédent le décès, c'est-à-dire pendant neuf jours, aucun mal de tête ni autre malaise.

Plaie normale. Le cinquième jour après l'intervention, il y eut une très légère parésie faciale que Beck mettait sur le compte de la pression exercée par le pansement. Pas de variation notable du pouls : 50-60, ni de la température : 97°.

Dans la soirée du huitième jour après l'opération, le malade se plaignit d'un mal de tête qui dura toute la nuit et le lendemain. Beck le quitta néanmoins dans la soirée, mangeant de bon appétit. Le lendemain, mort subite.

L'autopsie fut faite aussi tôt que possible, afin de prévenir les altérations *post-mortem*, et l'on trouva le champ opératoire en parfait état, aucune fistule, ni nécrose. Méninges normales. En séparant la tente du cervelet et en retournant le cerveau, on trouva une petite ouverture dans la moitié droite du cervelet, tout près de la ligne médiane, d'où s'échappait du pus, et en agrandissant cette ouverture on put recueillir environ deux cuillerées de ce pus. En mesurant la cavité avec une sonde, elle présente 2 pouces et demi dans un sens et un et demi dans l'autre. Elle semble creusée vers le quatrième ventricule, mais Beck précisera cela plus tard quand le cerveau sera suffisamment durci. L'auteur expliquerait volontiers la mort subite par la rupture de cet abcès dans le quatrième ventricule. Sinus absolument normaux. Aucun signe de nécrose de l'attique, ni des cellules mastoïdiennes.

A l'examen microscopique, aucun trouble, au niveau des canaux semi-circulaires et du limacon, ainsi que du canal de Fallope,

BECK est porté à croire que l'infection a dû partir des cellules mastoïdiennes à travers quelque très petite fistule pour infecter le cervelet. Cet abcès existait probablement depuis longtemps à l'état latent, mais l'intervention mastoïdienne a pu en réveiller l'activité et en causer la rupture.

Discussion.

SHAMBAUGH. — Ce spécimen intéressant, présenté par Beck, montre d'une façon frappante l'une des complications les plus graves de l'otite moyenne chronique suppurée. Cet abcès est situé

dans la partie du cervelet qui est en rapport avec la surface postérieure de la pyramide du rocher. C'est le lieu d'élection de ces abcès. La durée de cet abcès est incertaine d'après son histoire clinique. Il est surprenant qu'un abcès de cette dimension pût être logé dans un organe tel que le cervelet, sans produire de réaction très prononcée. Cependant, il est notoire qu'un abcès du cerveau peut se développer au cours d'une infection chronique suppurée de l'oreille, et évoluer longtemps sans produire de troubles très prononcés.

Il serait intéressant de connaitre la voie suivie par l'infection pour gagner le cervelet. Il n'est pas rare qu'on ne trouve aucun trajet au moment de l'opération. Il y a, naturellement, plusieurs voies par lesquelles peut s'infecter le cervelet. Une, est l'extension par le sinus latéral, cet organe étant le premier touché ; une autre est le labyrinthe qui participe à la suppuration, et l'extension se propage au cervelet soit par le méat interne, soit par l'aqueduc du limaçon ou l'aqueduc du vestibule.

CAMPBELL. — **Aphonie d'origine inconnue d'une durée de six mois chez un enfant de 2 ans et demi. Découverte d'une épingle de sûreté ouverte dans le larynx.** — Il est rare de voir un corps étranger du larynx provoquer une aphonie. Les symptômes varient selon le volume et la forme du corps étranger. De petits corps tels que les arêtes des poissons peuvent rester dans le larynx pendant un temps illimité sans interrompre la respiration, provoquant simplement de la toux et une sensation de malaise.

Généralement, le patient éprouve une grande anxiété et une grande terreur au moment de l'entrée d'un corps étranger, si petit soit-il, dans les voies respiratoires. Habituellement, l'histoire clinique est claire, et le laryngoscope confirme ou dément le dire du malade. En cas de doute, la radiographie trancherait la question.

Ici, le père de la petite fille lui donna une dose d'huile de castor pendant que sa mère la maintenait, il s'ensuivit immédiatement une toux violente et une aphonie persistante. Six mois après, elle fut amenée à Campbell. Anesthésie, et au laryngoscope on vit un corps métallique, à la face supérieure de la corde vocale droite. Campbell saisit ce corps avec la pince à tubes de Schrechter et ramena une épingle de sûreté de 23 millimètres de long et de 15 millimètres dans sa plus grande largeur.

Trente-six heures plus tard, l'enfant fut reconduite à domicile parlant comme auparavant.

CAMPBELL. — **Traitemen**t par la trypsine d'un cas d'affection maligne intéressant l'amygdale gauche, la base de la langue et l'épiglotte. — L'auteur, se basant sur la répartition relative du cancer des voies digestives, pense que les ferment s pancréatiques et biliaires pourraient bien avoir une action inhibitoire ou préventive sur le cancer. Beard, dans les expériences sur les souris inoculées avec la tumeur des souris de Jensen, injecta avec succès de la trypsine dans la tumeur. Il expose ensuite ses recommandations sur la façon d'injecter la trypsine et l'amylopsine à des êtres humains, ainsi que les résultats encourageants de cette méthode employée par Morton dans 29 cas.

CAMPBELL rapporte alors, avec quelque développement, son expérience d'injection de trypsine et d'amylopsine, en traitant une tumeur de la base de la langue, de l'amygdale gauche et de l'épiglotte qui paraissait un carcinome inopérable. L'amélioration fut notable, la douleur, l'enflure et l'induration furent diminuées dans les sept mois qui précédèrent cette communication. Malheureusement, le diagnostic de carcinome ne fut pas confirmé par l'examen microscopique.

Discussion.

FREER. — Nous remercions Campbell de nous rappeler l'utilité possible de la trypsine dans le traitement des tumeurs malignes. Néanmoins, l'absence de diagnostic histologique dans le cas présent empêche de le considérer comme l'effet de la trypsine sur un carcinome. Il existe, en effet, dans la gorge, un très grand nombre de cas qui, à l'œil nu, peuvent simuler un épithéliome, sans parler de la possibilité d'un sarcome dont il peut être impossible, à la simple inspection, de faire le diagnostic avec une infiltration chronique inflammatoire à cellules rondes, de l'amygdale et de ses piliers, ou avec des tumeurs granuleuses spécifiques. D'où la nécessité absolue de la confirmation de l'examen histologique pour lever toute espèce de doute.

CAMPBELL devra continuer à employer la trypsine dans les cas à venir, mais après avoir fait des biopsies. Mais Freer ne croit pas qu'on obtienne jamais de grands résultats avec ce traitement, car si les cellules centrales de la tumeur maligne dont la vitalité est moindre, à cause de l'oblitération des vaisseaux, peuvent être digérées par le ferment, celles de la périphérie offriront au moins autant de résistance à l'action dissolvante de la trypsine que les cellules du tissu normal voisin.

BECK. — Quelle est la profession du malade ? Maniait-il des cuirs ou des bestiaux ?

CAMPBELL. — C'était un ouvrier qui travaillait le cuivre.

BECK. — A-t-on recherché l'actinomycose ?

CAMPBELL. — Oui, mais sans succès.

BECK. — En effet, l'examen histologique est nécessaire pour éliminer l'actinomycose. Les malades comme celui-ci, porteurs de mauvaises dents, peuvent facilement en être atteints ; et, de plus, cette affection atteint surtout la mâchoire inférieure. Le fait qu'il se soit si bien trouvé et continue à être amélioré par la trypsine n'est pas en faveur d'un carcinome. En effet, dans le peu de cas que Beck connaît qui ont été améliorés par la trypsine ou le bleu de méthylène et d'autres substances analogues, l'effet de ces médicaments n'a été que passager, lorsqu'il s'agissait de cancer dont l'évolution éteignait rapidement le patient.

SHAMBAUGH. — Le diagnostic probable d'un carcinome, en l'absence de confirmation histologique, a été établi en ce cas aussi rigoureusement que possible par l'histoire clinique. L'amélioration ayant suivi immédiatement l'application du remède, il est donc très probable qu'elle n'en est que la conséquence.

CAMPBELL. — Il est fort probable qu'il ne s'agissait pas d'actinomycose, car les tumeurs n'avaient aucune tendance à dégénérer en abcès. De plus, Zeit, dans ses préparations microscopiques, n'a trouvé aucun champignon. Chez les ruminants de grande taille, le traitement par l'iode de potassium à grandes doses ayant donné d'excellents résultats, celui-ci, appliqué chez l'homme, devrait être aussi efficace. Chez ce malade, ce traitement fut appliqué sans succès.

Il n'est pas vrai que 28 % des souris atteintes de la tumeur de Jensen guérissent. Elles meurent toutes ! Quand il se produit une ulcération superficielle de la tumeur, une rapide émaciation survient. Ehrlich prétendait qu'on ne réussissait à inoculer cette tumeur à des souris que dans 30 ou rarement 40 % des cas. Bashford cependant a réussi plusieurs fois dans 90 % de ses essais.

KENTON. — Défaut particulier d'élocution attribué en partie à la diphtérie qui l'avait précédé. — KENTON présente un malade qui émettait un son rude, nasal et gargouillant au lieu de la prononciation normale de l'S et du Z.

OSTROM. — Présentation d'instruments. a) Simple rétracteur de l'épiglotte. — En opérant sur la partie antérieure des cordes vo-

cales ott sur les parties adjacentes, les dispositions anatomiques entraînent parfois l'exactitude du manuel opératoire. C'est particulièrement le cas pour l'épiglotte qui est quelquefois très gênante, surplombant la glotte et obstruant le champ du laryngoscope. Dans un petit nombre de cas, il est absolument impossible d'avoir une vue nette de l'extrémité antérieure des cordes vocales ; à moins que l'épiglotte ne soit relevée en avant par un rétracteur ; même chez un malade très tolérant, à qui l'on a tiré la langue et mis la tête et le cou dans la position la plus favorable. C'est dans ces cas, d'ailleurs fort rares, que le secours d'une autre main devient indispensable. Une disposition très simple viendra à bout de cette difficulté sans mettre aucun obstacle aux autres manipulations. C'est une bandelette de caoutchouc ordinaire, fixée par un nœud coulant à chaque extrémité de l'instrument laryngien qui est coudé à angle droit. Elle forme ainsi la base d'un triangle isocèle. Son action peut être modifiée selon sa longueur et son épaisseur. L'emploi du nœud coulant permet de la glisser dans toutes les positions voulues pour en varier la rétractilité. Elle ne gêne en aucune façon le jeu de n'importe quelle pince ou curette et ne glisse pas si elle est convenablement fixée.

b) Eponge de Bernay avec attache pour en faciliter l'extraction.

c) Localiseur de l'oblique supérieur dans l'opération de Killian.

Ostrom a vu 4 cas où la diplopie était définitive après l'opération de Killian (pratiquée par quelques-uns des meilleurs rhinologistes européens) au cours de laquelle la totalité du plancher du sinus frontal avait été enlevée. Il en a vu également un très grand sans diplopie post-opératoire. Tant qu'il restera quelque menace de diplopie à la suite de cette très utile opération quand la poulie de l'oblique supérieur est détachée de son attache osseuse, toute méthode pouvant ménager cette poulie aura son utilité. Avec cette espèce de petit crochet, on peut déterminer sans perte de temps la situation exacte de la poulie. L'index peut facilement la sentir, on pousse alors dessus l'anneau du localiseur de façon à la sentir dans son intérieur ; l'aiguille du chercheur est alors amenée au-dessous du bord de la paroi osseuse frontale et touche sur le plancher du sinus frontal, exactement au centre de l'anneau ou au-dessus de l'attache de la poulie. On peut alors faire une marque, et cette portion osseuse peut être ménagée.

L'instrument peut être rapidement ajusté pour tous les cas. Il est fabriqué par Hardy et Cie, de Chicago.

- d) Rugine sous-muqueuse, postérieure.*
- c) Ecarteur nasal automatique.*
- d) Bandelette pour tamponnement nasal et post-nasal.*

Discussion.

BECK se servira dans la prochaine opération de Killian du localiseur de la poulie du grand oblique.

Il ne saurait admettre que l'ablation de la poulie soit anodine. Il sait qu'elle produit du strabisme et de la diplopie qu'il a rencontrés dans presque tous les cas, et il faut l'éviter, autant que possible. Cependant, il désire, à ce sujet, faire remarquer que dans sa dernière cure radicale de pansinusite, il a suivi le conseil de Coakley et de beaucoup d'autres en détruisant le plancher du sinus frontal et les cellules ethmoidales juste assez pour obtenir un bon drainage. Le résultat fut excellent : sans cellulite infectieuse, ni déviation du globe oculaire.

KAHN. — Si l'on fait l'opération typique de Killian, ce localiseur de la poulie du grand oblique, peut rendre de grands services. Mais la modification proposée par Hajek, dans un des derniers numéros des *Archives de Fraenkel*, le rend inutile. En suivant cette méthode, il y a seulement diplopie passagère et le malade ne se ressent pas du détachement de la poulie de son grand oblique.

FAER trouve excellent le rétracteur de l'épiglotte. Il a souvent trouvé, en effet, une grande difficulté à enlever les papillomes greffés sur le tiers antérieur des cordes là où l'épiglotte surplombe beaucoup le larynx.

ERRATUM

C'est par suite d'une erreur, encore trop répandue, qu'il a été dit, dans la nécrologie de OTTO MAR ROSENBACH, que « son observation servit de point de départ aux travaux de sir FELIX SEMON ». En réalité, l'illustre laryngologue de Londres s'est occupé de cette question bien avant ROSENBACH. Il n'a pris connaissance de ce dernier qu'en corrigeant les épreuves du sien, paru dans les *Archives of Laryngology*. D'ailleurs, ses annotations sur cette question, ajoutées à l'édition allemande du traité de MORELL MACKENZIE, étaient déjà sous presse depuis quelques mois, quand parut la communication de ROSENBACH sur les paralysies laryngées.

NOUVELLES

70^e anniversaire du Prof. Schwartze (de Halle).

Nous recevons, avec prière d'insérer, la lettre suivante :

« Très honoré Collègue,

« Le 7 septembre prochain, HERMANN SCHWARTZE célèbre son 70^e anniversaire. Tous ceux qui, scientifiquement ou pratiquement, s'occupent d'otologie, tous ses nombreux élèves, et amis admirateurs des pays étrangers ou de sa patrie désireront apporter leur tribut à cette solennité.

« Les soussignés ont décidé d'offrir à cette occasion, à SCHWARTZE, une œuvre artistique avec les noms de tous les souscripteurs et un ouvrage d'anniversaire (*Festschrift*). On terminera par un banquet.

« L'ouvrage d'anniversaire sera publié en un volume par les *Archiv für Ohrenheilkunde*, et composé uniquement d'articles originaux aussi concis que possible sur l'otologie seulement.

« La fête commencera par des salutations et des voeux sur son anniversaire le samedi 9 novembre 1907, à Halle; le jubilé à 11 heures, le banquet à 3 heures, à l'hôtel de Hambourg.

« Nous espérons, très honoré Collègue, que vous voudrez bien nous honorer de votre participation et envoyer votre cotisation, qui est de 10 marks, au secrétaire-trésorier de la fête, le Dr DALLMANN, Halle-sur-Salle, Magdeburge Strass, 22, le plus tôt possible, mais pas plus tard que le 1^{er} août 1907. L'envoi de cette cotisation vous donnera le droit de voir figurer votre nom dans les souscripteurs de l'Adresse.

« Nous vous prions aussi de nous renseigner sur votre participation éventuelle au banquet.

» Nous vous prions d'envoyer la promesse certaine d'une communication pour le livre d'anniversaire, pour le 1^{er} août 1907 au plus tard, au Prof. KRESTCHMANN (Magdebourg, Kaiserstrasse, 25). Les travaux eux-mêmes peuvent être adressés au Prof. KRESTCHMANN jusqu'au 1^{er} juillet.

« BARTH (Leipzig), BERTHOLD (Königsberg), BEZOOLD (München), BLOCH (Freiburg), BOEKE (Budapest), BRIEGER (Breslau), BUBNER (Göttingen), DALLMANN (Halle a. S.), DENKER (Erlangen), FRIEDRICH (Kiel), HABERMANN (Graz), HAUG (München), HEINZ (Königsberg), HESSLER (Halle a. S.), HINSBERG (Breslau), KESLER (Iéna), KIRCHNER (Würzburg), KÖRNER (Rostock), KRESTCHMANN (Magdeburg), KÜMMEL (Heidelberg), LEUTERT (Giessen), LUCAS (Berlin), LUDWIG (Hamburg), MANASSE (Strassburg), OSTMANN (Marburg), PANSE (Dresden), PASSOW (Berlin), POLITZER (Wien), REINHARD (Duisburg), W. SCHULZE (Mainz), SIEBENMANN (Basel), STACKE (Erfurt), SZENES (Budapest), URBANTSCHITSCH (Wien), WAGENHAUSER (Tübingen), WALB (Bonn), WEGENER (Hannover), WITTMACK (Greifswald), ZAUFAL (Prag), ZERONI (Karlsruhe). »

VIN DE CHASSING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillérée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillérée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

MOLINÉ. — Les tumeurs malignes du larynx. Pathologie thérapeutique (1 vol., Maloine, éditeur, Paris, 1907).

A. BRAUCK. — Die Kraukheiten der Nase und Mundhöhle sowie des Rauchens und des Kehlkopfes (Urban et Schwartzenberg, éditeur, Berlin, Vienne, 1907).

E. J. MOUSSET ET BRIDEL. — Maladies de la gorge, des oreilles et du nez. Doin, édit., 1 vol. Paris 1907.

Benzocalyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (Voir aux Annances).

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'Anesthésie, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME
du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :
ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.



Le Gérant : MASSON et Cie.

SAINTE-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

